

# ¿La salud como responsabilidad individual? Análisis del concepto de salud en los Programas de Gobierno de la Concertación en Chile <sup>1</sup>

Avance de investigación en curso

GT19 Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Marcela Ferrer Lues <sup>2</sup>

## Resumen

Reconociendo que el discurso neoliberal de la salud como responsabilidad individual, es el discurso hegemónico de la salud pública, este trabajo analiza el concepto de salud presente en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación en Chile. Para ello, considera las construcciones discursivas sobre dos dimensiones: derecho a la salud y responsabilidad individual en salud, presentes en los programas de gobierno. El análisis contribuye a la reflexión respecto de la medida en que los gobiernos de la Concertación fueron efectivamente gobiernos neoliberales. Se concluye que los programas de gobierno de la Concertación instalaron paulatinamente la idea de la responsabilidad individual en salud, encontrando su mayor expresión en el Programa de la Presidenta Bachelet.

**Palabras clave:** Estilos de vida saludable – gubernamentalidad – neoliberalismo

## 1. El problema

El discurso de los estilos de vida saludable es el discurso hegemónico de la salud pública para enfrentar las enfermedades crónicas. Surgió en la década de 1970 en los países desarrollados. Significó el paso del derecho a la salud, propio de los Estados de Bienestar y de la legislación internacional de derechos humanos, al deber de ser saludable, es decir, el paso desde la responsabilidad del Estado a la responsabilidad de los individuos. Su fundamento científico es la epidemiología del riesgo (Ayres, 2005), que postula la asociación estadística entre las enfermedades crónicas y los estilos de vida de los individuos, omitiendo la importancia que las condiciones materiales y culturales de existencia tienen no sólo para la salud individual, sino también para la mera posibilidad de “elecciones” libres e informadas en salud. Bajo la epidemiología del riesgo, los problemas de salud aparecen individualizados, localizados, desocializados y despolitizados, lo que es coherente con la ideología neoliberal (Raphael, Curry-Stevens, & Bryant, 2008). Esto es paradójico, pues las intervenciones basadas en la epidemiología del riesgo imputan a cada individuo el riesgo poblacional, es decir, suponen que lo que ocurre en el colectivo también ocurre en el individuo.

En Chile, el gobierno del Presidente Piñera instaló el Programa “Elige vivir sano”, hoy transformado en ley, llamando a los chilenos a ser “el mejor médico de sí mismo” (Gobierno de Chile, 2011), y difundiendo con fuerza este discurso neoliberal. Lejos de instalar un nuevo “sentido común”, “Elige

---

<sup>1</sup> Este análisis es parte de la Tesis Doctoral en Salud en Pública, que la autora realiza en la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. de la Universidad de Chile, en calidad de Becaria CONICYT. La autora agradece los comentarios a la versión inicial de este artículo, realizados por su Director de Tesis, Dr. Roland Schramm (Fundación Oswaldo Cruz, Brasil).

<sup>2</sup> Académica del Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile [mferrer@uchile.cl](mailto:mferrer@uchile.cl)

vivir sano” pareciera apelar a ideas asentadas en la población chilena. La Encuesta CEP de 2011 muestra que existe un acuerdo mayoritario con que el comportamiento de las personas causa graves problemas de salud, siendo mayor que el acuerdo respecto a la pobreza (Centro de Estudios Públicos, 2011). Esto no debiera sorprender, pues expresa una cuestión mencionada reiteradamente (Bourdieu, 1999; Larrain, 2005; Moulian, 2002; Salvat, 2000): el discurso neoliberal se ha convertido en el paradigma dominante para interpretar la sociedad, apareciendo como pensamiento único y destino inevitable. Las premisas del neoliberalismo han pasado a formar parte del sentido común, se han naturalizado, a tal punto que nadie cuestiona su origen ni sentido.

La instalación del modelo neoliberal, como paradigma hegemónico, ha sido posible mediante un conjunto de dispositivos destinados a la creación de subjetividades ajustadas al orden social imperante, lo que Foucault denominó gubernamentalidad (Foucault, 2006). Estos dispositivos habrían logrado que la salud como responsabilidad individual, traducida en la idea fuerza “Elige vivir sano”, sea vista como natural y posible, y, por tanto, se convierta en un modelo a seguir. Esto lleva a cuestionarse respecto de los distintos dispositivos que permitieron la instalación de este sentido común sobre la salud en la población chilena. Entre ellos, el rol de los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia, coalición de centro de izquierda que gobernó el país por 20 años, desde el retorno de la democracia en 1990.

En este trabajo pretendo contribuir a responder esa interrogante, analizando el concepto de salud hegemónico en la racionalidad política de los gobiernos de la Concertación. Por racionalidad política entiendo, según Rose y Miller (Rose & Miller, 1992), cuyo trabajo integra los “estudios de gubernamentalidad” (Haidar, 2007) “los cambiantes campos discursivos en los cuales el ejercicio del poder es conceptualizado; las justificaciones morales para los modos particulares en que distintas autoridades ejercen el poder; las nociones de los objetos, formas y límites apropiados de la política; y las concepciones de la distribución apropiada de esas tareas entre los actores seculares, espirituales, militares y familiares”.

El análisis considera las construcciones discursivas sobre dos dimensiones que permiten construir este concepto: derecho a la salud y responsabilidad individual en salud, presentes en los programas de gobierno de la Concertación. El trabajo permite acercarse a responder a un cuestionamiento mayor, que cobró fuerza al término de 20 años de gobierno, y que se refiere a la medida en que los gobiernos de la Concertación fueron efectivamente gobiernos neoliberales.

## **2. Los discursos sobre la salud como mecanismos de poder**

Los discursos sobre la salud comprenden modos de pensar, hablar, escribir y actuar sobre la salud y las prácticas que la impactan. Surgen en determinados momentos históricos y se legitiman al ajustarse al orden económico, político y social donde son producidos y reproducidos. Implican definiciones o concepciones del significado de la salud, y las maneras de alcanzarla y mantenerla. No obstante, como construcciones normativas, dichos discursos integran, explícita o implícitamente, definiciones del ser humano, del tipo de sociedad ideal que se quiere construir y de las maneras de lograrlo (Castiel & Alvarez-Dardet, 2007). Por ello, los discursos sobre la salud están lejos de ser una definición de lo que se considera salud y enfermedad, y de que rol deben jugar en esto los servicios de atención de salud y sus profesionales.

El discurso hegemónico sobre la salud contribuye a legitimar intelectualmente el sistema de dominación de una sociedad, entendido como la relación de poder entre gobernantes y gobernados. Como señala Larraín (Larrain, 2007a), la legitimación intelectual de la dominación ha sido inherente a la historia de la humanidad, desde que su organización se estructuró bajo la forma de sociedades de clase. El interés por su estudio sistemático es propio de la modernidad, y se desarrolló bajo el análisis de la noción de ideología.

La noción de ideología aludió a la distinción entre apariencia y realidad –ideología y ciencia- y adquirió importancia en el trabajo de Marx (Marx & Engels, 2007), durante el siglo XIX. En el siglo XX este análisis fue profundizado por Gramsci, quien puso en el centro el carácter positivo de la ideología (Gramsci, 2004). El concepto de ideología en Gramsci no se refiere sólo a una determinada “visión de mundo”, sino también a orientaciones específicas para la acción. Adquiere centralidad al conectarse con el concepto de hegemonía: al erigirse como hegemónica, la ideología de la clase dominante tiene un efecto integrador, pues permite obtener el consentimiento libre del pueblo (Larrain, 2007b). De ahí que, en la visión de Gramsci, el logro de la hegemonía sea condición necesaria para la conquista del poder, adquiriendo centralidad la figura del intelectual orgánico.

Décadas más tarde, Foucault aludió a un fenómeno similar. Mediante el análisis del surgimiento de las disciplinas y los discursos disciplinarios, profundizó en el análisis de la relación entre ideología y ciencia, entendiendo a las disciplinas como mecanismos de poder. Dos conceptos introducidos por Foucault son centrales para comprender la práctica de la salud pública. El primero es el de biopolítica, entendido como la manera en que, desde el siglo XVIII, se ha buscado racionalizar los problemas que la población plantea a la práctica gubernamental: salud, higiene, natalidad, longevidad, raza (Foucault, 2007). El segundo es el de gubernamentalidad, que remite al conjunto de mecanismos que tienen por objeto la regulación de la población, mediante la creación de subjetividades ajustadas al orden social imperante. El discurso, en particular el científico, es el mecanismo de poder que destaca en dicha creación, por la vía de la determinación de lo normal y lo patológico (Foucault, 2006), y la institucionalización de dispositivos de control y castigo (Foucault, 2000).

### **3. La emergencia del discurso de la salud como responsabilidad individual**

El discurso de la salud como responsabilidad individual plantea que una población será saludable si adopta “estilos de vida saludable”, enfatizando en la modificación de los comportamientos individuales que se consideran perjudiciales y, por tanto, condenables moralmente. Este discurso surgió en el mundo desarrollado en la década de 1970. La transición epidemiológica y demográfica presionaba los sistemas de salud, lo que se acrecentaba por los avances de la tecnociencia y la medicina. A su vez, los efectos económicos de la crisis del petróleo llevaron a los Estados de Bienestar a discutir el incremento de los costos de los servicios de salud. Algunos estudios señalando la importancia del tabaco, el ejercicio y la dieta en la salud, bajo el enfoque de la epidemiología del riesgo, ofrecieron la posibilidad del autocontrol. Con esto, la enfermedad dejó de ser aleatoria y pasó a entenderse como ausencia de precauciones frente a riesgos públicamente conocidos; una falta de control individual y autodisciplina. El Informe Lalonde (Lalonde, 1996) para Canadá en 1974 marcó un hito. Enfatizó en los “estilos de vida”, cuya intervención permitiría prevenir las enfermedades y disminuir los costos de los servicios de salud. Los estilos de vida fueron entendidos como comportamientos libremente elegidos, lo que llevó a que la promoción de la salud se centrara en la entrega de información (Cerqueira, 1997). Todo esto implicó entender la salud como resultado, principalmente, de la importancia que las personas, individualmente, atribuyen a sus comportamientos y hábitos en relación con su propia salud.

La traducción más significativa en el campo de las políticas de salud ha sido dar sustento teórico-ideológico a la transición desde el derecho a la salud a la responsabilidad individual por la salud (Schramm, 2006), como parte de la instalación del modelo neoliberal en la mayoría de los países, siendo Chile uno de los pioneros.

La concepción de la salud como responsabilidad individual tiene manifestaciones claras en la reflexión y práctica de la salud pública como biopolítica. Una de sus manifestaciones es lo que se conoce como salutismo (Castiel & Alvarez-Dardet, 2007; Crawford, 1980; Wikler & Beauchamp, 2004), que sitúa la salud en el nivel individual y la eleva a un objetivo en sí mismo, a una virtud, que debe ser buscada por todos y cada uno de los individuos. Robert Crawford es uno de los primeros y más conocidos críticos

en esta línea (Crawford, 1980), e introdujo también la noción de “culpabilización de la víctima” (Crawford, 1977).

En síntesis, la concepción de la salud como responsabilidad individual constituye la respuesta del neoliberalismo a las enfermedades crónicas. La premisa ideológica básica del neoliberalismo corresponde a la libertad de elección y cálculos racionales del agente económico individual. En el campo de la salud, esto significa que, contando con la información sobre cuáles son los estilos de vida saludable y, por tanto, moralmente correctos, los individuos elegirán racionalmente los modos de vida indicados para mantener su salud y prevenir o retrasar lo más posible las enfermedades crónicas, lo que posibilita y justifica la reducción del papel del Estado en la salud.

#### **4. Método**

La pregunta planteada en este trabajo permite situarlo en los “estudios de gubernamentalidad” (Haidar, 2007), originados en el concepto foucaultiano (Rose & Miller, 1992). Desde una perspectiva metodológica, puede también situarse en el campo de los “análisis del discurso”. Esto no significa que el enfoque de Foucault, en particular su concepto de gubernamentalidad, haya derivado en un “paradigma” metodológico (Díaz-Bone, et al., 2007).

En este trabajo utilizo el método que Ruiz (Ruiz, 2009) denomina “Análisis Sociológico del Discurso”, para indicar el modo en que es desarrollado por los practicantes de la disciplina. El punto común es la utilización de tres niveles diferenciados de análisis: textual (el discurso como objeto); contextual (el discurso como hecho o acontecimiento singular); e interpretación (el discurso como formación, ideología y producto social). Estos tres niveles corresponden a fases simultáneas, que concluyen cuando se ha alcanzado los objetivos.

El análisis textual consistió en la fragmentación del texto, codificando las citas relacionadas con los conceptos de derecho a la salud y responsabilidad individual en salud. Este proceso fue apoyado con el software Atlas-Ti 5.0. El análisis consideró tanto la caracterización del contenido del discurso, como también los recursos lingüísticos utilizados en el texto, procurando identificar el contenido latente de las citas. El análisis contextual incorporó un análisis intertextual. Para ello, se analizaron las trayectorias seguidas por los conceptos analizados en los distintos Programas de Gobierno, según un orden temporal. Por último, la interpretación buscó identificar la presencia o ausencia del enfoque neoliberal en salud.

#### **5. El derecho a la salud y la responsabilidad individual en los Programas de Gobierno de la Concertación**

##### **a. El derecho a la Salud**

El Programa de Gobierno de Aylwin reconoce explícitamente el derecho “al acceso a la salud”, definiéndolo como “un derecho de todos los chilenos”. Agrega que este derecho:

“sólo se hará efectivo en la medida en que el Estado asuma la responsabilidad principal en: i. Garantizar un acceso de toda la población a servicios de salud que entregue (sic) atención equitativa, eficiente y eficaz; ii. Formular y ejecutar programas de prevención de enfermedades y saneamiento del ambiente” (Programa de Gobierno Presidente Aylwin)

Al identificar al Estado como responsable principal de ese derecho, el Programa de Aylwin suscribe la definición del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que asigna a los Estados la función principal de asegurar el respeto, protección y garantía de los derechos humanos. No obstante, omite la universalidad de los derechos humanos consignada en dicho Pacto,

pues afirma que el derecho es “de todos los chilenos”, con lo cual se excluye a los extranjeros residentes en el país.

El Programa de Aylwin no sólo identifica al Estado como agente responsable, sino también especifica tareas, si bien genéricas, a desarrollar por este agente: garantizar el acceso a los servicios de atención de salud y formular políticas de salud públicas. En principio, esto sugiere la intención de reconocer explícitamente el derecho a la salud, y de reforzar su cumplimiento. Más aún, el párrafo citado encabeza las propuestas de salud del Programa. Sin embargo, dicho párrafo corresponde al único que consigna la palabra “derecho”. El conjunto de medidas y propuestas en salud incluidas no se presentan como derechos, sino como acciones a desarrollar en distintos ámbitos, tanto de la salud pública como privada, legitimando el sector privado que fue instalado por la dictadura en 1981, mediante la creación de las ISAPRES.

Por su parte, el Programa de Frei pareciera avanzar en el reconocimiento del derecho a la salud:

“los chilenos exigen una garantía efectiva del derecho a la salud, sin distinción de sexo, edad, o condición social, en el más breve plazo posible. Esta es la tarea a la cual el próximo gobierno de la Concertación otorgará máxima prioridad” (Programa de Gobierno Presidente Frei)

Con esto, el programa reconoce que el derecho a la salud no está garantizado, si bien son los chilenos – “ellos” y no “nosotros”- quienes exigen su garantía. Además, al asignar esta tarea al gobierno, el Programa omite al Estado como agente responsable, distanciándose del PIDESC. Se distancia también al no establecer claramente quiénes son los titulares del derecho a la salud –simplemente afirma que los chilenos lo exigen. Al igual que en el Programa de Aylwin, los extranjeros residentes están ausentes, despojando del derecho a la salud su propiedad de universalidad.

Si bien el Programa de Frei no define quienes son los titulares del derecho a la salud, reconoce una clase particular de titulares de derechos: los usuarios de la salud privada. Así, afirma que dichos usuarios merecen igual prioridad que los del sistema público:

“debiendo asegurarse una información completa y oportuna sobre los contratos de salud y la protección de sus derechos, cuando estos sean vulnerados” (Programa de Gobierno Presidente Frei)

Al menos tres cuestiones son relevantes en esta afirmación. Primero, al señalar que “debe asegurarse” la protección de estos derechos, se omite que el agente encargado de esta tarea es el Estado. Segundo, al afirmar que los derechos deben protegerse cuando “sean vulnerados”, se dice también que no es necesario realizar acciones para garantizar el ejercicio de tales derechos. Tercero, no se señala cuáles son los derechos de los usuarios de la salud privada, que deben ser protegidos cuando sean vulnerados. Incluso, el deber de asegurar a estos usuarios la información completa y oportuna sobre los contratos de salud, cuestión que corresponde al derecho a la información, se presenta como una cuestión distinta de los derechos de los usuarios.

La tercera y última mención a la palabra derechos en el Programa de Frei se refiere también a los usuarios del sistema de ISAPRE. Se afirma, que:

“El buen funcionamiento de este sistema (ISAPRE) es una responsabilidad pública ineludible, tanto para proteger los derechos de los usuarios del sistema, como para garantizar un equilibrio entre los sistemas público y privado de salud” (Programa de Gobierno Presidente Frei)

Nuevamente se omite al Estado como garante de los derechos, reemplazándolo por el concepto de responsabilidad pública, que carece de significado unívoco y que diluye la responsabilidad entre múltiples y variados agentes.

Por su parte, el Programa de Lagos sugiere una intención más clara de aplicar un enfoque de derechos en salud, al plantear que:

“Se establecerá una Carta de Derechos y Deberes en Salud, que definirá la oportunidad y calidad de los servicios que tendrán garantizados todos los chilenos, así como las responsabilidades de colaboración y participación de las familias y la comunidad. Nadie quedará excluido, por su condición económica, del acceso a la atención, prevención y fomento de la salud. Esta Carta será exigible por todos los ciudadanos” (Programa de Gobierno Presidente Lagos)

Con esto, se introduce por primera vez el concepto de “deberes” en salud, que se no define en términos del individuo, sino en las responsabilidades de colaboración y participación de las familias y comunidades. La Carta se define como exigible por “todos los ciudadanos”, con lo cual se reemplaza a la nacionalidad como criterio de titularidad de derechos, presente en los Programas de Aylwin y Frei, e instala el concepto republicano de ciudadano. No obstante, al igual que en el Programa de Frei, el de Lagos omite al Estado como garante del ejercicio de dichos derechos, y no establece ningún agente encargado de asegurar su respeto, protección y garantía.

El Programa de Lagos establece derechos explícitos, correspondientes a exámenes y procedimientos para patologías específicas, en el contexto de la Reforma de Salud anunciada en dicho Programa, que se tradujo en las actuales garantías GES (Garantías Explícitas de Salud) inicialmente AUGE (Atención Universal con Garantías Explícitas). Aunque se sigue hablando de “Plan AUGE”, el cambio de AUGE a GES responde a la eliminación de la atención universal de salud, que fue rechazada en el Congreso. Por ello, el AUGE no puede ser considerado como la aplicación de un enfoque de derecho a la salud, pues restringe la atención a requisitos específicos según sexo y edad.

Por su parte, el Programa de Bachelet afirma que la Reforma impulsada por el gobierno de Lagos:

“está transformando el sistema de salud chileno al reconocer la atención de salud como un derecho de las personas con garantías explícitas de oportunidad de atención y protección financiera comunes para el sector público y el privado” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

Al referirse a las personas, y no a los ciudadanos o a los chilenos, el Programa de Bachelet elimina toda referencia al Estado como entidad político administrativa con fronteras definidas, lo que se suma a su omisión como agente encargado de hacer cumplir esas garantías.

El Programa de Bachelet alude también a otros derechos que corresponden a garantías que se fundamentan en el principio de autonomía individual, propios del liberalismo y neoliberalismo:

“impulsaremos el establecimiento de otros derechos: a la decisión informada, a la confidencialidad de los datos, a la aceptación o el rechazo de tratamientos y a asumir la responsabilidad sobre nuestra propia salud” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

Al incluir este último derecho, el programa desvirtúa la noción de derechos, trasladándola desde el ámbito de las garantías, al ámbito de las imposiciones o de los deberes.

Por último, el Programa de Bachelet afirma que:

“también consideramos un derecho la participación y el control social sobre la acción de salud, regulando la participación formal de la comunidad organizada en la marcha de los establecimientos públicos” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

Al menos dos cuestiones son importantes de esta afirmación. Primero, al afirmar que “consideramos” un derecho, se relativiza su carácter, pues se presenta como una posición particular, y no como un hecho dado. Segundo, la expresión “regulando la participación formal de la comunidad organizada” relativiza también el derecho a la participación, pues es una actividad que se “regula”. Puede afirmarse que el programa no considera como derecho la participación de la comunidad, puesto que omite toda noción de empoderamiento: desde las orientaciones más conservadoras, propias de la Nueva Salud Pública, centradas en “empoderar a la población para el control de los factores que afectan su salud” hasta aquellas que postulan que la población debe “empoderarse, tomar el control sobre su salud”, en una acción que es a la vez individual y colectiva (Ferreira & Castiel, 2009). Los derechos que el Programa de Bachelet propone establecer consisten en garantías que se fundamentan en el principio de la autonomía individual, incluida “la responsabilidad por nuestra propia salud.”

### **b. La responsabilidad individual por la salud**

El Programa de Aylwin carece de referencias a la responsabilidad en salud. Tampoco incorpora términos como “autocuidado”, “estilos de vida saludable”, o “vida sana”. Por el contrario, se refiere a las enfermedades de la pobreza, concepto ausente en los programas de Frei, Lagos y Bachelet.

El Programa de Frei introduce la necesidad de enfrentar las enfermedades crónicas y la noción de “autocuidado”. Sin embargo, el autocuidado no asume un papel central:

“los desafíos del sector para enfrentar estos problemas exigen la capacidad para identificar su origen y actuar preventivamente sobre las causas de las enfermedades crónicas y del ambiente. Para estos problemas, generalmente, la solución no está en el sector salud, pero a éste le corresponde incentivar cambios en otros sectores, así como promocionar el autocuidado” (Programa de Gobierno Presidente Frei)

Por su parte, el Programa de Lagos no se refiere explícitamente al autocuidado. Sin embargo, afirma que:

“estimularemos la contribución de las personas, familias y comunidades en el cuidado de la salud” (Programa de Gobierno Presidente Lagos)

Esto pareciera introducir una concepción del cuidado que no se centra sólo en los individuos, sino también en las familias y comunidades. El cuidado es entendido además como “contribución”, lo que implica ayudar a otros en el logro de ese fin, en este caso el gobierno.

La idea de que la responsabilidad en el cuidado de la salud no recae exclusivamente en el individuo pareciera ser reforzada también al afirmar que:

“fortaleceremos la prevención actuando sobre el medio ambiente y los factores sociales que afectan la salud de las personas” (Programa de Gobierno Presidente Lagos)

Sin embargo, el reconocimiento de los factores ambientales y sociales que afectan la salud de las personas pasa a un plano secundario, pues para finalizar el argumento se agrega que

“las conductas responsables y saludables en el hogar, la localidad, el barrio y la ciudad son claves para alcanzar estos objetivos” (Programa de Gobierno Presidente Lagos)

Con esto, se pone el foco en el individuo, puesto que el uso común de la palabra “conductas” alude a acciones individuales en contextos diversos.

El Programa de Bachelet profundiza más explícitamente en la responsabilidad individual. Enfatiza el autocuidado, advirtiendo al país que:

“Para tener mejor salud, los chilenos tenemos que aprender a cuidarnos. El Estado puede apoyar este aprendizaje con información, asesoría y capacitación, advirtiendo a la ciudadanía de las consecuencias de estilos de vida poco sanos y desarrollando estrategias para cambiarlos” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

Con esto, pone en el centro la responsabilidad de los individuos, asignando al Estado la función de entregar información para “advertir”, lo que implica que los estilos de vida “poco sanos” constituyen un peligro, lo que justifica que el Estado desarrolle “estrategias para cambiarlos”. El Estado recupera un rol, que estaba ausente en los programas de Frei y Lagos. Sin embargo, ya no es el garante de los derechos, sino el agente que define lo normal y lo patológico, y que por ello puede institucionalizar dispositivos de control y castigo.

La operacionalización más directa de la responsabilidad individual en salud se expresa en el concepto de “estilos de vida saludables”. En los programas de gobierno analizados, este concepto sigue una trayectoria similar al concepto de “autocuidado”. En los programas de Aylwin y Frei no existe ninguna mención específica a esta expresión. El Programa de Lagos tampoco afirma que existen estilos de vida saludable. Sin embargo, señala que:

”la educación, los cambios en los estilos de vida y la adopción de conductas personales y comunitarias saludables permite disminuir significativamente el impacto de problemas de salud como los accidentes de tránsito y del trabajo, las enfermedades crónicas como la diabetes y la arterioesclerosis o los trastornos de los hábitos alimentarios que llevan a la obesidad” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

Con esto, incluye una dimensión de responsabilidad en salud, que es a la vez personal y comunitaria. También plantea que existe una vida sana, expresada en las “conductas personales y comunitarias saludables”, lo que implica una evaluación moral de las conductas y un énfasis en la dimensión individual. No obstante, al afirmar que estas conductas “permiten disminuir significativamente” el impacto de tales enfermedades, deja espacio para otros factores, a la vez que omite una relación causal entre estos factores y las enfermedades crónicas.

Por su parte, el Programa de Bachelet pone un acento más explícito en los estilos de vida saludable:

“los cambios en nuestros estilos de vida están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y problemas de salud mental.

Evidencia de lo anterior es que el sobrepeso y la obesidad en los adultos chilenos alcanzan al 60 por ciento de la población. Más del 40 por ciento fuma, con una tendencia creciente entre las mujeres y los jóvenes.

Ellas son las causas más frecuentes de muerte en los chilenos desde la edad preescolar hasta el inicio de la vejez” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

La palabra “evidencia” implica que se trata de una cuestión demostrada e incuestionable. Sin embargo, los datos que se entregan no demuestran el impacto de la obesidad o el tabaquismo en las enfermedades crónicas y en la salud mental. Por el contrario, sólo indican el porcentaje de población que tiene conductas que se consideran factores de riesgo, es decir conductas que suponen una mayor probabilidad de daño –enfermarse- y no la enfermedad en sí misma. Además, a continuación de la presentación de esta “evidencia”, que hasta hace algunos años se denominaba “hallazgos”, se refiere a que “ellas son las causas” con lo cual, además de la ambigüedad, produce un desplazamiento desde el

riesgo de enfermedad a las causas de muerte, dejando instalada la idea de que los estilos de vida constituyen la causa de las muertes de la mayor parte de los chilenos –desde los preescolares a los adultos mayores.

El programa enfatiza la responsabilidad individual en el desarrollo de los estilos de vida que se consideran saludables:

“para desarrollar un estilo de vida saludable no se puede descansar sólo en la labor del Estado. Un estilo de vida saludable depende de las conductas de las personas, las que no tienen por qué limitarse a escuchar los consejos de las autoridades. Ellas también deben ser capaces de gestar su propia salud” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

De esta forma, la adopción de estilos de vida saludable recae en la capacidad de los individuos de modificar sus conductas, homologando el estilo de vida a la capacidad de gestionar la salud y, con esto, poniendo a la salud por sobre todos los aspectos de la vida. La salud se transforma en un deber: las personas deben ser capaces de gestar su propia su salud. Para el cumplimiento de este “deber”, el programa plantea que:

“promoveremos una participación activa de las personas en el desarrollo de mejores estilos de vida, involucrando a organizaciones comunitarias y sociales en esta misión. Respaldaremos la organización de redes ciudadanas de apoyo a la salud” (Programa de Gobierno Presidenta Bachelet)

El imperativo moral de desarrollar mejores estilos de vida será apoyado mediante redes ciudadanas, para cuya organización el gobierno de Bachelet usará mecanismos que no especifica. Nuevamente, la noción de empoderamiento está ausente en el rol asignado a las personas y las organizaciones sociales y comunitarias.

## 6. Conclusiones

Los programas de gobierno de la Concertación instalaron paulatinamente la idea de la responsabilidad individual en salud. La noción de derecho a la salud aparece desdibujada desde el Programa de Aylwin, siendo sucesivamente despojada de su atributo principal: el Estado como agente responsable de garantías exigibles por los habitantes de un Estado-Nación. La visión neoliberal de la salud se profundizó en los sucesivos gobiernos de la Concertación, encontrando la máxima expresión en el Programa de Bachelet, paradójicamente el gobierno que levantó la bandera de la “protección social”. ¿Qué dispositivos operaron en esto?

Una primera cuestión es la ausencia de cuestionamiento a este discurso por parte de la salud pública chilena, que se expresa en la ausencia de publicaciones que aludan a este tema. Esto contrasta, por ejemplo, con los trabajos de salubristas brasileños, que han contribuido al desarrollo de una masa crítica de la salud pública hegemónica y la epidemiología del riesgo. Por contraste, carecemos de análisis y menos de una masa crítica en salud pública, que haya construido una propuesta alternativa al paradigma dominante.

Para comprender las razones de la ausencia de una masa crítica se debe reconocer que en Chile no ocurrió, como en Brasil, el Movimiento Sanitario que actuó como resistencia a la dictadura, y que al retorno de la democracia logró incorporar el derecho a la salud en la Constitución y establecer el Sistema Único de Salud en 1988. También, que el desarrollo científico y tecnológico en Brasil, a través de sus universidades públicas, ha sido desde hace varias décadas una política de Estado, incluso en dictadura. Esto contrasta con el desmantelamiento que sufrió la Escuela de Salud Pública de la

Universidad de Chile y las escuelas de Sociología y de otras ciencias sociales del país, durante la dictadura.

A lo anterior se suma el proceso de transición a la democracia ocurrido en el país. El término pactado de la dictadura implicó que los gobiernos de la Concertación actuaran bajo el modelo de la democracia protegida, con una serie de mecanismos que limitaron su acción, entre ellos el sistema binominal. Desde la derrota de la Concertación, en las elecciones de 2009, se ha producido un intenso debate respecto de su responsabilidad en no haber realizado las transformaciones necesarias para terminar con las ataduras de la democracia protegida, comenzando por la más importante de todas las medidas: una nueva Constitución. Sea cual sea esa responsabilidad, es un hecho que la coalición no desarrolló ningún esfuerzo claramente definido por fomentar un pensamiento crítico al modelo neoliberal, que intentara evitar su instalación como paradigma dominante y pensamiento único. En 20 años no se fomentó ningún medio de comunicación alternativo, y todos los medios críticos surgidos en la dictadura fueron cerrados en democracia; las universidades públicas fueron olvidadas y obligadas a autofinanciarse, poniendo el desarrollo del conocimiento al servicio del mercado. Tampoco se creó un centro de reflexión crítica de envergadura, que pudiera contrarrestar la hegemonía neoliberal.

En ausencia de un discurso crítico a la hegemonía neoliberal, los gobiernos de la Concertación aceptaron sin mayor cuestionamiento los postulados del enfoque neoliberal en salud, es decir, la salud como responsabilidad individual. Por esta vía, legitimaron la aplicación de las políticas neoliberales en el sistema de atención de la salud y la privatización instalada por la dictadura. Por aproximaciones sucesivas, la concepción de salud como responsabilidad individual se fue convirtiendo en el sentido común sobre la salud y la enfermedad: “Para tener mejor salud, los chilenos tenemos que aprender a cuidarnos.”

## **Bibliografía**

Ayres, J. (2005). *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.  
Bourdieu, P. (1999). *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Castiel, L. D., & Alvarez-Dardet, C. (2007). La salud persecutoria. *Rev Saude Publica*, 41(3), 461-466.

Centro de Estudios Públicos (2011). *Manual del usuario Encuesta CEP N°65. Estudio Nacional de Opinión Pública N° 36 – Tercera Serie. Noviembre-Diciembre 2011*. Santiago: Centro de Estudios Públicos (CEP).

Cerqueira, M. T. (1997). Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. En I. Arroyo & M. T. Cerqueira (Eds.), *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial* (pp. 7-48). San Juan: Organización Panamericana de la Salud.

Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *Int J Health Serv*, 7(4), 663-680.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *Int J Health Serv*, 10(3), 365-388.

Diaz-Bone, R., Bührmann, A. D., Gutiérrez Rodríguez, E., Schneider, W., Kendall, G., & Tirado, F. (2007). El campo del análisis del discurso Foucaultiano. Características, desarrollos y perspectivas. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(2), Art, 30.

- Ferreira, M. S., & Castiel, L. D. (2009). Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cad Saude Publica*, 25(1), 68-76.
- Foucault, M. (2000). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France : 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France: 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gobierno de Chile (2011). *Metas 2011-2020. Elige vivir sano. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Gramsci, A. (2004). *Antología*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Haidar, V. (2007). El análisis de los discursos que forman parte de un régimen de prácticas de gobierno: una aproximación desde la perspectiva de los estudios de gubernamentalidad. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(2), Art. 8.
- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Promoción de la salud: una antología* (pp. 3-5). Washington, DC: OPS
- .
- Larrain, J. (2005). *¿América Latina moderna? Globalización e identidad*. Santiago: LOM Ediciones.
- Larrain, J. (2007a). *El concepto de ideología. Volumen I: Marx*. Santiago: LOM Ediciones
- .
- Larrain, J. (2007b). *El concepto de ideología. Volumen II: El marxismo posterior a Marx: Gramsci y Althusser*. Santiago: LOM Ediciones.
- Marx, K., & Engels, F. (2007). *La ideología alemana*. Caracas: Fundación editorial el perro y la rana.
- Moulian, T. (2002). *Chile actual. Anatomía de un mito*. Santiago: LOM Ediciones.
- Raphael, D., Curry-Stevens, A., & Bryant, T. (2008). Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy*, 88(2-3), 222-235.
- Rose, N., & Miller, P. (1992). Political power beyond the state: Problematics of government. *The British Journal of Sociology*, 43(2), 173-205.
- Ruiz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógicas. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art.26.
- Salvat, P. (2000). *El porvenir de la equidad: Una contribución desde el debate filosófico contemporáneo*. Santiago: Centro de Ética Universidad Alberto Hurtado - Unidad de Estudios Prospectivos MIDEPLAN.

Schramm, F. R. (2006). A saúde e um direito ou um dever? Uma autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética*, 2(2), 187-200.

Wikler, & Beauchamp (2004). Lifestyles and Public Health. In S. Post (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics* (pp. 1406-1409). New York: MacMillan Reference USA.