



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Pregrado

Departamento de Psicología

El cambio organizacional desde la reforma de 1978 en salud en Chile frente a las propuestas sobre promoción de salud mental internacionales

Memoria para optar al título de Psicólogo

Resumen: La promoción de salud mental esta transformándose en un tema importante, recientemente dentro del país, y hace ya un tiempo en el resto del mundo. Una de las razones de esto es lo costo-efectivo que resulta este planteamiento, por lo que frente al gran desfinanciamiento del área de la salud pública que existe en Chile, acarreados desde la dictadura, resulta imperativo acercarnos a propuestas como esta. Se realizará entonces una sistematización de las propuestas sobre promoción de salud desde organismos internacionales, para luego abordar los aspectos relacionados con salud mental en las 3 últimas reformas chilenas y las estrategias nacionales, debido a que son cambios institucionales que pueden ser analizados desde una perspectiva ampliamente aceptada del cambio organizacional.

Palabras Claves: Reforma de Salud en Chile; Promoción de Salud; Promoción de Salud Mental; Cambio Organizacional.

Autor: Madariaga Hoffmann, Sebastián¹

Profesor Tutor: Carlos Díaz Canepa

Santiago, 5 de Diciembre

¹ Licenciado en Psicología de la Universidad de Chile, participante del equipo de investigación EISMO

Índice

Introducción	3
Objetivos	8
<i>Objetivos Específicos</i> _____	8
<i>Objetivos Específicos</i> _____	8
Metodología	8
Resultados	10
<i>Modelos de cambio organizacional</i>	11
<i>Información internacional sobre Promoción de Salud Mental</i>	13
<i>Organización Mundial de la Salud</i>	13
<i>Organización Panamericana de la Salud</i>	15
<i>Revisión de la información de promoción de salud mental en Chile</i>	17
<i>Revisión del estado previo de la dictadura</i>	17
<i>Revisión de aspectos de salud mental en la Reforma de 1979</i>	19
<i>Revisión de aspectos de salud mental desde 1990</i>	19
<i>Revisión de aspectos de salud mental en Reforma de 2004</i>	21
<i>Sistematización de los cambios en las 3 últimas reformas en Chile</i>	23
<i>Situación actual en Chile</i>	24
Discusión	26
<i>La promoción de salud mental en el Chile de hoy</i>	29
<i>Alcances del estudio</i>	31
<i>Conclusión</i>	32
Bibliografía	35

Introducción

La promoción de salud se define como: “Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.” (WHO, 1986. p. 1). Desde esta definición se han ido agregando matices, pero esta es la base con la cual, tanto en conferencias internacionales como en los programas para situaciones particulares, se entiende tanto la intervención como la interpretación de los resultados.

Hoy, esta idea de la promoción de salud corresponde a un tema esencial para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido (World Health Organization, 2010), dado que ha encontrado un espacio como una medida eficiente para las nuevas problemáticas a lo largo del mundo.

Desde dicha perspectiva se han aplicado diversos programas a lo largo del mundo, los cuales han tomado la promoción de salud, y de manera más específica la promoción de salud mental, entre otros, como el fundamento para su planteamiento e implementación (S-Y. Lin, S. Fetzner, P-C. Lee & C-H. Chen, 2011; I. Prat, D. Juvinyà & I. Sánchez, 2011; M. García, G. Cañadas, E. Gonzalez, R. Fernández & I. García, 2011; P. Florentín, P. Satústegui, I. Herrando & J. Tobajas, 2011; C. Calderón, L. Balagué, J. Cortada & A. Sánchez, 2011; P. Correa, R. Burrows, R. Uauy & C. Albala, 2012; P. Alves, M. Da Ros, A. Bicudo, 2012; V. Notara & E. Sakellari, 2013; M. Mthobeni & M. Peu, 2013; B. Merritt, J. Gahagan & A. Kottorp, 2013; M. Baradarn et al., 2013; K. Puolakka, K-M. Haapasalo- Pesu, P. Astedt-Kurki, E. Paavilainen, 2013; N. Nxumalo, J. Goudge & L. Thomas, 2013), pero es importante destacar cómo se ha vuelto una idea central en las medidas gubernamentales para el tratamiento y la reducción de la prevalencia de muchas enfermedades hoy en auge, como las Enfermedades no Transmisibles, VIH/SIDA y la Salud en el Trabajo (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011), enfermedades que hoy en Chile van en aumento (Gobierno de Chile, 2011; Ministerio de Salud, 2011).

Debido al amplio concepto que implica la promoción de salud, se vuelve relevante y práctico, dada los diferentes estudios a lo largo del mundo, abordar la promoción de salud mental, aún cuando desde organismos como la Organización Mundial de la Salud esta sea parte de la promoción en el concepto general de la salud.

En concreto, la promoción de salud mental no cuenta con una definición explícita, donde la Organización Mundial de Salud, da por entendido que sigue los lineamientos generales de la promoción de salud, además de apoyar su discurso en las evidencias empíricas sobre programas de salud mental que tienen relación directa en la promoción de salud (WHO, 2003). Al no entregarse una definición clara, es entendible que la salud mental sea un término actualmente polémico, donde dependiendo del autor o el enfoque, toma diferentes matices (WHO, 2002), y la definición a la cual WHO se refiere en general es “La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS” (WHO, 2013a, p. 1), donde el concepto de promoción está incluido en la definición de salud y su división con la salud en general es difusa (WHO, 1986).

De esta forma, y de acuerdo con lograr hacer el nexo con las referencias para el tema de la memoria, se tomarán de forma indistinta promoción de salud y promoción de salud mental, como definido por la Organización Mundial de la Salud, donde a pesar de que estos se han ido modificando a lo largo del tiempo, cuentan con una amplia aceptación y son adecuados para interpretar la situación de Chile cómo país miembro de la OECD. Cabe destacar que no se realizará un análisis exhaustivo sobre los aspectos históricos de la promoción de salud ni de la promoción de salud mental, sin embargo, es importante entender que las definiciones planteadas están sujetas a cambios, debido a la continua investigación que se realiza sobre el tema.

La perspectiva que se asumió, al igual que es la que se empleará y es válida actualmente, inicia en la declaración de Alma Ata en 1978, donde se toma como foco: la atención primaria y la responsabilidad estatal en las políticas de salud

(Crovetto & Vio, 2009). Aquí se dan prioridad a aspectos como la Atención Primaria y la participación ciudadana para influir en su propia salud (WHO, 1978), aspectos que son, como veremos más adelante, base para hablar de promoción. Sin embargo, aún cuando no se explicarán en profundidad, se encuentran experiencias previas donde estos conceptos fueron trabajados y puestos en práctica en parte de las políticas de gobierno, como describe Navarro, en 1984, en el caso de Inglaterra con el Servicio Nacional de Salud Británico (Apráez, 2011) y el caso chileno mencionado por Molina (2006), con antecedentes legislativos desde 1930 (Apráez, 2011), donde en particular para Chile, dicha legislación se quiebra como proceso en 1973 con el Golpe Militar (Molina, 2006; Infante y Paraje, 2010). Por ello, si bien estos aspectos previos a la declaración internacional de 1978 no se abordarán en profundidad, se vuelve importante estudiar los cambios estructurales generados por el golpe y la vuelta a la democracia, pues en Chile existen elementos que aún perduran como conceptos de la medicina social (Labra, 2002), y que dejan ver que las propuestas para la promoción de salud no son nuevas en este país, y por lo mismo, existen aspectos en su estructura que pueden ser positivos, como también muchos cambios que van a contrasentido a los planteado por los organismos internacionales.

Es importante mencionar que los conceptos de salud y salud mental se entrelazan en la misma declaración de Alma Ata (WHO, 1978), donde surge el concepto de salud mental se integra como un elemento central. Esto se plasma en la conferencia de Ottawa (WHO, 1986), donde se define la salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. En dicha conferencia, se toma además un compromiso con la promoción de salud, ahora entendida en los 3 aspectos mencionados, y con la atención primaria como punto de partida, siguiendo lo planteado por dicha declaración (WHO, 1978).

Haciendo referencia a Chile, dado que se han ido gestando diferentes y contradictorios escenarios político-sociales desde el golpe militar en 1973, es importante abordar la historia de la promoción de salud en el país. Si bien en los

resultados se abordará de forma más exhaustiva este tema y conceptos utilizados desde las reformas, es importante dar cuenta al cambio de perspectiva que implicaron los cambios en mundo por esos años en la forma de abordar la salud general. Si bien no es objetivo de esta memoria realizar una revisión histórica exhaustiva, se abordarán algunos autores relevantes para contextualizar este aspecto.

Lo relevante de esto es que en Chile, en esos mismos años donde se manifestaba la declaración de Alma Ata (1978), se construía la reforma de salud del año 1979, en la cual se ignoran muchos de los conceptos presentes en el discurso de la OMS y que venían trabajándose previamente en Chile (Labra, 2002; Lenz, 2007; Pérez, 2007; Scharager y Molina, 2007). La nueva estructura provoca no solo un quiebre en la forma de funcionar del sistema de salud chileno, sino que resta a la participación en las diferentes conferencias sobre promoción de salud en general que se dan durante las décadas del 80` (Apráez, 2011), y que posteriormente se dará cuenta de que implicó un retroceso en muchos de los temas que buscaba mejorar (Gómez y Granados, 2000), entre muchos otros el costo - efectividad que hoy la promoción de salud se muestra como una opción muy viable.

La situación actual chilena, por todo lo mencionado, arrastra muchos problemas y limitaciones desde la reforma de salud impuesta en dictadura el año 1979, los cuales no lograron ser transformados completamente con la vuelta a la democracia el año 1990 (Gómez y Granados, 2000; Labra, 2002), y limitó fuertemente los cambios generados con la reforma del 2004 impulsada por el presidente de turno, Ricardo Lagos (Infante y Paraje, 2010), por lo que existe un tema relevante para el análisis en muchos temas referentes a la salud, que no están claros frente a estos procesos que se han gestado en Chile. Más aún cuando un aspecto fuerte de la promoción de salud mental, el costo-efectividad, es uno de los temas más recurrentes en las reformas de salud mencionadas como financiamiento, y fue fuertemente puesto en entredicho en la reforma en dictadura, de la cual no han existido cambios profundos hasta la fecha (Gómez y Granados, 2000, Infante y Paraje, 2010).

Todos estos cambios en las reformas y políticas del país sobre la salud han tenido un impacto en la cultura de las organizaciones públicas de salud, es por esto que, además de la sistematización de los cambios y propuestas en torno a la promoción de salud, es importante entender que el cambio que ha vivido el país es entendible desde conceptos del cambio organizacional. Sin embargo, no se profundizará en la bibliografía sobre este tema debido a la magnitud que representa y que no es el objetivo central de esta investigación, pero se harán mención a autores ampliamente aceptados para poder referirse a las limitaciones y potencialidades que han generado estos cambios en la cultura de las organizaciones de salud. La principal ventaja de esto, es que permite que el estudio logre un mayor alcance en temas sobre impacto en otras investigaciones, pues las variables tomadas para entender el cambio en el sistema de salud chileno conforme a la promoción de salud, puede ser comparado con otros sistemas como la educación, la seguridad pública, entre otros.

En particular en lo que respecta a Promoción de Salud Mental, esa revisión de los cambios de la estructura, analizada principalmente desde las reformas, cobra sentido cuando los objetivos e iniciativas actuales no parecen tan lejanas de las propuestas internacionales (MINSAL, 2000; Minoletti y Zaccaria, 2005; MINSAL, 2011), y sin embargo, es evidente que su implementación se ve fuertemente determinada por las reformas imperantes definidas en dictadura, así también el alcance de sus propuestas y programas. Por esto se vuelve importante revisar qué aspectos, desde la base de las reformas existentes, pueden estar afectándolos o procurando algún impacto en futuros proyectos.

Ante esta disyuntiva, surge el tema de la memoria, donde se busca observar desde la perspectiva de la Psicología Organizacional, los aspectos que son relevantes en torno a la estructura propuesta desde las 3 grandes reformas al sistema de salud chileno, todo desde el foco de la salud mental y la propuesta de los organismos internacionales sobre promoción de salud mental, haciendo énfasis en los aspectos que se han mantenido y aquellos que han cambiado en

esta transición desde la dictadura que aún en la actualidad se observan fuertes implicancias en el sistema de salud chileno.

Objetivos

Objetivos Específicos

Revisar las posibles limitaciones y potencialidades del sistema de salud chileno, en función del cambio organizacional, según la estructura planteadas en las 3 últimas reformas en Chile sobre promoción de salud, entorno a las propuestas por organismos internacionales.

Objetivos Específicos

1. Sistematizar las propuestas sobre Promoción de Salud Mental desde organismos internacionales.
2. Identificar las características presentes en las reformas sobre promoción de salud mental.
3. Identificar los aspectos estructurales de las reformas sobre salud mental que han ido cambiando desde la reforma en dictadura hasta la reforma del 2004.
4. Revisar las posibles limitaciones y potencialidades de los aspectos estructurales revisados frente a las propuestas encontradas.

Metodología

Dado los objetivos teóricos del documento no se hará uso de metodologías experimentales para abordar la pregunta planteada, sino, por el contrario, se hará uso de una revisión bibliográfica de documentos técnicos y directrices de políticas entorno a la promoción de la salud mental.

Se realizó una revisión de las base de datos de los siguientes organismos internacionales: Organización Mundial de la Salud (WHO), Organización Panamericana de la Salud (PAHO) y Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD). Además se revisó en la bibliografía

latinoamericana los aspectos relacionados con las reformas a los sistemas de salud y la situación de la promoción de salud y los programas existentes, buscados desde la base de datos de Scielo.

Para ahondar en la información referente a Chile, se realizaron entrevistas a profesionales del área de la salud, revisión de los documentos entregados por el Ministerio de Salud (MINSAL) y las publicaciones en la base de datos de Scielo en el apartado de Chile.

Conforme al material revisado, se procederá a exponer la información relevante encontrada, intentando responder de la forma más completa posible los temas centrales de la investigación: propuestas de promoción de salud mental desde los organismos internacionales; los cambios en las 3 últimas grandes reformas en Chile; y la situación actual de la promoción de salud mental en Chile.

Para esto, se procederá a identificar y describir los aspectos que se hagan necesarios para abordar el objetivo general, determinando las limitaciones y potencialidades estructurales observadas en las 3 últimas grandes reformas del sistema de salud chileno para implementar las políticas de promoción de salud mental bajo el foco de las propuestas por organismos internacionales.

Resultados

Para disponer de la información de forma ordenada y clara, se trabajará en apartados diferentes la sistematización de la información internacional y la situación chilena en promoción de salud, de forma que en la discusión se exponga de forma integradora la respuesta a la pregunta de investigación. Además se expondrá de forma breve el modelo de cambio organizacional a utilizarse para el análisis

El primer tema a tratar será el concepto y modelo de cambio organizacional a tratar, que si bien, dado las características de la memoria, no se realizará un análisis en profundidad ni una discusión acabada, se tomarán a los autores clásicos para poder cuestionar la información obtenida desde una perspectiva más común y generalizable.

Respecto a la información internacional sobre promoción de salud mental, lo más relevante resulta de lo que expone la Organización Mundial de la Salud, debido a que gran parte de las investigaciones se amparan en sus propuestas y definiciones para tratar la gran cantidad de temas sobre la promoción de salud. De esta forma, se abordará las fuentes de dichos conceptos, para luego ir acotando con las propuestas desde la Organización Panamericana de la Salud.

Si nos centramos en el tema a tratar, las fuentes más importante para la construcción de las diferentes reformas, como para poder hacer una referencia con aspectos que puedan entrar en conflicto con la promoción de salud mental según organismos internacionales, son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Pan Americana de Salud, por este motivo, es que solo se abordaron dichas organizaciones para la sistematización, sin desmerecer la gran cantidad de trabajadores que, fuera de estas 2 instituciones, aportan con investigación y teoría respecto al tema.

Respecto a la situación chilena sobre promoción de salud mental, se expondrán tanto los elementos presentes en la bibliografía de la historia de las reformas de

salud en Chile, cómo de la situación actual presentada en los objetivos de gobierno en sus planes para la década, buscando describir en los aspectos estructurales de las reformas realizadas y de las opiniones de otros investigadores sobre el tema de las reformas y de la promoción de salud mental.

Modelos de cambio organizacional

En lo referente a la cultura y al cambio organizacional, existe una gran cantidad de bibliografía al respecto, mucha de ella contradictoria entre sí. Debido a esto, es imposible plantear un análisis organizacional sin antes explicar, a grandes rasgos, los planteamientos y conceptos a utilizarse.

La definición de cultura es actualmente bastante homogénea, aún cuando existen distintos matices dependiendo de los autores (Davis, 1984; Sergiovanni & Corbally, 1984; Louis, 1985; Sathe, 1985; Schein, 1985; Mills, 1988; Feldman, 1991). Sin embargo, todos tienden a considerar a la cultura como un conjunto de aspectos individuales, comunes entre un grupo de personas. Estos pueden ser creencias, valores y/o supuestos, los cuales han sido mantenidos a través del tiempo influyendo en las interacciones, formas de pensar, actuar y/o desenvolverse de los miembros del grupo de personas. Por ello, para evitar entrar en mayores debates que no son relevantes para el objetivo de este documento, se tomarán en cuenta estos aspectos comunes para referirse a la cultura.

Sobre el cambio organizacional, la cultura es uno de los temas más relevantes dado que todo cambio está profundamente entrelazado con la cultura, aún cuando se suele considerar al individuo como la principal fuente de la resistencia a los cambios (Danisman, 2010). Esto se complementa con lo planteado por Lewin, quien propone que el comportamiento individual es contenido por la presión grupal (Lewin, 1947, citado en Burnes, 2004), y consecuentemente, por factores como las normas grupales, roles, interacciones y procesos de socialización (Schein, 1988, citado en Burnes, 2004).

Sin embargo, el concepto de cambio organizacional es altamente discutido, si bien no es el objetivo dar respuesta a la discusión sobre el cambio organizacional ni

ayuda a responder la pregunta de investigación, es importante dar cuenta de este conflicto, donde Ogbonna y Harris (2002) bien resumen esta discusión en si la cultura es o no manejable y si se puede controlar en algún nivel. Es la naturaleza y el grado del control de la cultura lo que representa las mayores divergencias entre los autores. (Ogbonna y Harris, 2002, p.676).

En función de esto, para efectos prácticos, se tomará en consideración la propuesta de cambio entregada por Kurt Lewin descritas por Burnes (2006, pp. 985-986), que plantea 3 etapas para un proyecto de cambio exitoso:

- Descongelamiento: basado en que el hombre está o busca estar siempre en equilibrio, es necesario desestabilizar (descongelar) a las personas o al grupo humano antes de que lo que se busca cambiar sea descartado y cambiado por lo nuevo.
- Movimiento: es el proceso siguiente, donde, debido a la desestabilización del grupo, este se encuentra abierto a nuevas posibilidades y cambios, donde es posible insertar el cambio deseado en el grupo.
- Recongelamiento: es el paso final de este modelo, y corresponde a volver a estabilizar al grupo referente al cambio buscado. Lo principal, para que esta etapa sea efectiva, es que aquel cambio sea congruente en algún grado con el resto de la cultura que no fue descongelada, sino el grupo tenderá a volver al desequilibrio.

Como se puede ver, esta definición corresponde a los autores que defienden el cambio como algo que se puede controlar y guiar, algo que es muy práctico para poder determinar aspectos positivos o negativos a la hora de analizar procesos de cambio.

Como ya se planteó, esta no es la única forma de entender el cambio, sin embargo, se hará caso omiso de otras teorías para poder revisar las potencialidades y debilidades de la actual situación chilena. Además, hay autores

que proponen que es viable que ambas posturas se complementen (Van de Ven y Poole, 2005).

De esta forma, se analizarán los procesos vividos en Chile considerando el cambio desde la teoría de Lewin, explicando los alcances que tenga para la actual cultura en las organizaciones públicas de salud.

Información internacional sobre Promoción de Salud Mental

Organización Mundial de la Salud

En lo referente a la salud mental, la OMS la integra, como cabe de esperar según su definición de salud, en cada área del desarrollo de las personas, desde el trabajo hasta el tratamiento de enfermedades. La definición base para entender esto es su concepción del bienestar de las personas: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (WHO, 1986), donde la promoción sería, aprovechando la definición de bienestar citada, proporcionar a los pueblos los medios para mejorar y controlar un estado físico, mental y social completo.

Esta forma de ver y entender el bienestar y la enfermedad introduce un cambio de paradigma en la forma de concebir la salud (Crovetto & Vio, 2009), generado a partir de la Declaración de Alma Ata en 1978, y reafirmado en la primera conferencia internacional de promoción de salud, realizada de Ottawa en 1986, que se transforma en el punto inicial para la profundización de los diversos temas como la promoción, la salud mental, la salud ocupacional, entre otros.

Para efectos metodológicos, se ahondó solo en el área de Promoción de la Salud Mental, sin embargo, dado el carácter integrador de la definición de bienestar, constantemente se realizan referencias a la Promoción de Salud en general, por lo que es posible entenderlos como iguales dentro de sus propuestas y sugerencias, así como la misma Organización Mundial de la salud declara que comparten muchos de los determinantes (Beaglehole, R., Cho Tang, K., y de Leeuw, E., 2006).

La principal fuente de información para abordar la promoción en su amplio espectro dentro de la OMS, son las Conferencias de Promoción de Salud, que adquieren un carácter mundial desde el año 1991, con la conferencia en Sundsvall. En estas, sin excepción, se proponen sugerencias para los distintos países, como también recomendaciones para las próximas conferencias conforme a los problemas que van surgiendo.

Frente a las distintas conferencias, desde 1986 en Ottawa hasta última conferencia realizada en Nairobi el año 2009, han avanzado en el alcance de sus sugerencias como en el entendimiento de las condiciones de los diferentes países, donde si bien la salud mental no es siempre el foco de atención, se vuelve un tema recurrente en las discusiones y se subentiende de las sugerencias sobre la promoción.

En orden cronológico, la primera conferencia es la realizada en Ottawa en 1986. Esta se transforma en la base para el resto de las conferencias sobre promoción, donde además de validarse lo expresado en la declaración de Alma Ata, se amplía el termino de promoción de salud y se exponen los requerimientos básicos para la salud, que siguen siendo válidos hasta el día de hoy: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad (WHO, 1986).

Las dos conferencias que le siguieron, Adelaide en 1988 y Sundsvall en 1991, según los documentos que resumen dichas conferencias (WHO, 1991; WHO, 2013b), más que nada ratificaron lo expuesto, agregando evidencia empírica a la importancia de la promoción, como también de la salud mental, haciendo énfasis en que aún faltaba mucho por investigar y profundizar, a pesar de que las publicaciones en ese momento avalaban la efectividad de las propuestas frente al costo que significaban, entre otros aspectos positivos.

A pesar de todos los avances, es en la cuarta conferencia internacional de promoción de salud, realizada en Yakarta, en 1997, donde frente a las coyunturas en salud que vivía el mundo toma mucho peso la salud mental (WHO, 1997). En

concreto, la cuarta conferencia internacional sobre promoción de salud propone las siguientes acciones: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar la inversión para el desarrollo de la salud, consolidar y expandir la colaboración para la salud, aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo, y consolidar una infraestructura para la promoción de la salud (OMS, 1997), aspectos que son parte esencial de la salud mental, y por lo mismo, son sugerencias para la promoción de esta.

Las conferencias que le siguieron, en México D.F. (2000), Bangkok (2005) y Nairobi (2009), profundizaron en otros aspectos, dando mayor relevancia al componente estructural de los países y las limitaciones existentes en ciertas realidades como la de América Latina y África (WHO, 2000; WHO, 2005; Beaglehole, R., Cho Tang, K., y de Leeuw, E., 2006; WHO, 2013b), los cuales no aportan grandes sugerencias respecto a la salud mental en particular, aún cuando avalan las propuestas generadas por las conferencias pasadas.

En función de esto, las recomendaciones que cobran fuerza al centrarnos en la promoción de salud mental, son las siguientes: Potenciar a las comunidades, relacionado fuertemente con potenciar la acción comunitaria y el desarrollo de habilidad personales; y la alfabetización en salud y el comportamiento de la salud, buscando entregar herramientas a las personas, desde una perspectiva individual, para que puedan ejercer el control sobre su propia salud. (Beaglehole, R., Tang, K., y de Leeuw, E., 2006)

Organización Panamericana de la Salud

La Organización Panamericana de la Salud, o PAHO por sus iniciales en inglés (Pan American Health Organization), se acopla a los planteamientos entregados por WHO, tanto sobre la promoción de salud mental como de la salud en general. Sin embargo, entrega aspectos mucho más contingentes a la realidad latinoamericana, donde encontramos aspectos únicos presentes en realidades de países con menor nivel de desarrollo económico como los de América Latina.

Sobre la promoción de salud, el fondo es el mismo que lo revisado en WHO, donde se torna una necesidad y una forma viable de implementar mejoras a la salud, y es importante incluirla dentro de la atención primaria en salud. Pero a diferencia de la Organización Mundial, dentro del documento de Estrategia y Plan de Acción sobre Salud Mental (Pan American Health Organization, 2009) ofrecen una definición explícita de la promoción de salud mental: “La promoción de la salud mental se inserta dentro del contexto más amplio de la salud pública y propone un enfoque diferente al curativo, que hace hincapié en la protección de los atributos positivos de la salud mental y el fomento del estado de bienestar”(p. 10). Que a grandes rasgos es muy similar a lo que implícitamente se desprende de WHO, solo que se adecua al desarrollo teórico de la salud en Latinoamérica.

La mayor diferencia entre los documentos de PAHO frente a WHO es la inclusión de los aspectos de salud mental al referirse de forma general a la promoción, donde en los documentos sobre atención primaria en salud de la Organización Pan Americana (PAHO, 2008a; OPS, 2008b; PAHO, 2010a; PAHO 2010b) prácticamente no se hace mención a la aplicación de programas de salud mental, centrándose en aspectos estructurales y en elementos de salud más esenciales como la alimentación, el consumo de drogas y la prevención de enfermedades. Como se mencionó con anterioridad, esto no implica que la promoción de salud no esté involucrada, sin embargo, dado que se entrega la promoción de salud mental como un tópico con una definición explícita y particular, no se encuentra de igual forma como en WHO, y se vuelve reiterativo el tipo de propuestas encontradas en los documentos de salud mental (PAHO, 2005; PAHO, 2007; PAHO, 2009; PAHO, 2010c), donde repiten en gran medida los compromisos y énfasis realizados para la salud como para la salud mental.

Los planteamientos estratégicos sobre Salud Mental de PAHO (2009), que se basan en los tópicos aceptados de la Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017 (PAHO, 2007) son similares a las propuestas realizadas por WHO para la promoción de la salud, donde se resumen en 4 áreas estratégicas: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental, que refieren a la

necesidad de una estructura que apoye los programas en los distintos países; Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez, donde se reitera el discurso de la importancia del trabajo en la atención primaria y de enfocar los esfuerzos a los niños y jóvenes; Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria en salud, definiendo condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones en problemas específicos; y por último, el Fortalecimiento de los recursos humanos, el cual busca capacitar a los trabajadores de la salud en torno a las propuestas internacionales sobre salud mental.

Revisión de la información de promoción de salud mental en Chile

Revisión del estado previo de la dictadura

Para poder abordar de forma adecuada los cambios generados por las 3 grandes reformas a la salud desde la dictadura militar, es necesario entender la situación que se vivía antes del golpe.

Respecto a eso, los primeros intentos de centralización del sistema de salud chileno se encuentra en 1941, con la propuesta de reforma del régimen previsional presentada por el, en ese entonces, ministro Salvador Allende (Molina, 2006). Esta propuesta buscaba abarcar los intereses de salud comunitaria y dar un giro a favor de las propuestas parciales hasta ese momento. Sin embargo, no se materializaría hasta 1952.

Dentro de esas propuestas, esta la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, en el año 1924, como un punto de partida para la propuesta de centralización (Colegio Médico de Chile, 2003). A esto se suman las leyes del Seguro Obrero Obligatorio en 1924, y la Ley de Medicina Preventiva en 1938, los que apuntaban hacia un sistema centralizado de salud similar al Sistema Nacional Británico, a pesar que no fueron elementos relevantes en el SNS planteado años después (Apráez, 2011).

El punto más importante de estos años es la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, con la promulgación de la ley 10.383 (Molina, 2006). Sin

embargo, este proyecto no estuvo exento de problemas y críticas. Este sistema es pionero en Latinoamérica, pues trae muchos conceptos como la medicina social y la atención primaria de la mano de uno de sus principales contribuidores, Salvador Allende (Molina, 2006, citado por Apráez, 2011). Debido a esto, tanto su propuesta como debate constó de muchos puntos de vista en contraposición, tanto técnicos como políticos, los que generó quiebres tanto al interior del Frente Popular, grupo político que impulsó la propuesta de la reforma, como a nivel de los profesionales de la salud. (Labra, 2004; Molina, 2006)

La importancia de este hecho se observa en los años 70, donde la promoción de salud empieza a cobrar gran fuerza en el mundo (Sapag y Kawachi, 2007) y se pone en entre dicho aspectos como el conocimiento médico y la forma de acceso a la salud (Lenz, 2007; Apráez, 2011). Más aún, en Chile asumía como presidente Allende, uno de los precursores de este cambio en Latinoamérica.

Sin embargo, en 1973 ocurre el golpe militar al mando del general Augusto Pinochet, que quiebra dicho proceso que venía generándose. Esto provoca que los diversos temas tratados en el mundo con relación a la salud se vuelvan ajenos a la realidad chilena, debido principalmente a las repercusiones sociales y las reformas económicas vividas en dictadura. En una publicación de Molina (2006) es bien resumido: “Este período que se acompaña de una expansión de la democracia política y social, para algunos autores culminaría en la Década Larga, con la tragedia de 1973.” (p.287)

Los desarrollos generados en la época previa al golpe, fueron motivo de influencia y estudio de parte de otros países como Cuba (Apráez, 2011), sin embargo debido a la represión y medidas tomadas por el estado de Chile desde el año 1973, impidió la participación en la conferencia de Ottawa (1986) de muchos de los trabajadores que fueron parte de este desarrollo en la salud chilena, lo que permite inferir que aspectos como la atención primaria y la búsqueda de equidad en los SNS (de forma más difusa que ahora), estaban presentes en los objetivos y

políticas chilenas antes de la dictadura, similares a los que hoy en día son parte de los objetivos de salud tanto a nivel general como en salud mental.

Revisión de aspectos de salud mental en la Reforma de 1979

Si bien los cambios realizados en la reforma de salud que se instaló fuertemente en 1979 bajo la dictadura militar son principalmente económicos (Infante y Paraje, 2010), estos no solo generaron un alto deterioro del financiamiento a hospitales y al servicio público de salud en general, sino que llevó a los diversos programas que intentaban continuar con lo desarrollado a lo largo de su historia a diluirse o disminuir su impacto.

Estos cambios, fundados en base a la idea de la ineficacia del sistema público, se enfocaron en 2 aspectos fundamentales: primero que nada, la creación del sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), un sistema privado de aseguramiento de la salud que dentro de sus planes ofrecidos a la gente no consideraba todas las enfermedades (Labra, 2002), y en segundo lugar, la desarticulación del Servicio Nacional de Servicios de Salud creando el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que desarmaba la estructura centralizada del SNS chileno (Lenz, 2007), movilizando los fondos para la salud y las responsabilidades de administración a las municipalidades, dejando al Ministerio de Salud relegado a una función de supervisión técnica (Lenz, 2007; Pérez, 2007; Scharager y Molina, 2007).

Sin embargo, debido a que la propuesta desde los militares no incluyó lineamientos sobre la forma de implementar o entender la salud, siguieron los principios que se estaban efectuando a cabo históricamente en Chile, con un claro deterioro debido a la falta de financiamiento (Lenz, 2007).

Revisión de aspectos de salud mental desde 1990

El proceso de reforma de 1990 se efectuó a nivel estructural, pero se vuelve a perder el foco de la salud, donde con la vuelta a la democracia se enfocan los esfuerzos en recuperar las instituciones y financiamientos socavados por la dictadura (Aedo, 2000; Infante y Paraje, 2010). Sin embargo, se dejaron de

manifiesto los énfasis en temas de equidad, participación y solidaridad (Labra, 2002; Colegio Médico de Chile, 2003).

Esto generó que las iniciativas nacidas en los años 30, aún latentes dentro del sistema de salud, volvieran a recibir recursos y apoyo. Sin embargo, esto no se vería reflejado en iniciativas concretas hasta el gobierno de Ricardo Lagos, donde se propone la gran reforma al sistema de salud, de acuerdo con lo que se nombró Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) (Bastías & Valdivia, 2007; Lenz, 2007; Zuñiga, 2007; Infante y Paraje, 2010), que es la reforma que sigue en vigencia hoy en día.

Durante los primeros años después de la salida de Augusto Pinochet del poder, el Colegio Médico de Chile (2003) rescata iniciativas de parte de los gobierno, como la creación del Estatuto de Atención Primaria el año 1995. Sin embargo, es desde el año 2000 que podemos observar una preocupación concreta sobre la base de programas y objetivos claros, sobre aspectos en torno a la salud mental, con la presentación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Gobierno de Chile, 2001) y los Objetivos Sanitarios de la Década 2000 - 2010 (Gobierno de Chile, 2002).

En estos programas, se proponen una gran cantidad de variables, enfocados principalmente hacia el cambio demográfico vivido en Chile y aumentar la expectativa de vida (MINSAL, 2002), lo que en temas relacionados a la salud mental y la promoción en general destaca la inclusión de dichos temas en los objetivos dos y tres, que mencionan enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y disminuir la desigualdad respectivamente.

En específico para la salud mental, encontramos aun más integrado el tema de la promoción y el impacto comunitario de las intervenciones (MINSAL, 2001), donde respecto a las estrategias planteadas, se observa una explícita preocupación por la entrega de herramientas a las comunidades y familias, como también a acciones de promoción intersectoriales, ambos temas centrales en los documentos de promoción de salud de la Organización Mundial de la Salud, considerando en el

período perinatal, a la crianza temprana, a las redes de apoyo social de la población y a las condiciones laborales (MINSAL, 2001).

Estas propuestas están acorde con la reforma en salud impulsada por Lagos en su gobierno, pero no se vieron mayormente implicadas debido a diferentes problemas a lo largo de aceptación de la reforma en el poder ejecutivo, como se expondrá más adelante.

Revisión de aspectos de salud mental en Reforma de 2004

La reforma del año 2004 se gesta durante el gobierno de Ricardo Lagos, que da una importancia central al tema de la salud, donde se plantea de forma importante la idea de una reforma para la salud. Esta reforma constó de muchos aspectos que luego, tras las negociaciones para su implementación, no lograron concretarse a cabalidad. Sin embargo, logro generar un punto de inflexión en torno a la forma en que venía continuándose el modelo de salud impuesto en dictadura.

La reforma constaba de la declaración explícita de temas relacionados con las sugerencias sobre promoción de salud planteadas por los organismos internacionales, como mejorar la salud para toda la población y reducir las desigualdades (Bastías y Valdivia, 2007). Y donde dentro de los proyectos legislativos de Derechos y deberes del paciente, de Financiamiento y el Régimen de Garantías en Salud (Bastías y Valdivia, 2007) iban fuertemente ligados a estos, encaminados hacia rescatar aspectos centrales en la historia de la salud chilena, como la la salud pública, la organizaciones y el capital humano, como también poner al usuario del sistema como centro de la atención (Larrañaga, 1997).

Por esto es importante dedicarle un espacio a revisar como se llevo a cabo la tramitación de la reforma, pues no solo resulta un avance importante en como se estaban realizando los cambios en la salud en Chile luego de la dictadura, sino que marca un precedente para las formas de intentar llevar a cabo una reforma en el área de la salud, aspecto que está fuertemente ligado a la estructura y aspectos socio-históricos de Chile, y tiene un impacto en la cultura que venía desarrollándose en las instituciones de salud pública.

Lo primero a destacar fue la creación de la Comisión Interministerial para la Reforma de Salud, bajo la lógica de que los cambios no podían llevarse desde dentro de los ministerios para evitar la “inercia burocrática” (Infante y Paraje, 2010). Que si bien luego se pueden observar aspectos tanto positivos como negativos, fue un cambio en la manera de gestionarse las intervenciones en el país.

En segundo lugar, tenemos el modelo de atención de salud propuesto en la reforma, que está basado principalmente en la atención primaria (Infante y Paraje, 2010). Lo que se relaciona mucho con lo planteado ya en la declaración de Ottawa (OMS, 1986).

El tercer aspecto central en la reforma impulsada por Lagos, consistió en centrarse en objetivos sanitarios por sobre aspectos de gestión (Infante y Paraje, 2010). Esto acoge, no de forma explícita, aspectos históricos relevantes sobre el reconocimiento del trabajo de los profesionales de la salud pública y la forma en que venían trabajando, donde entregan apoyo a las prácticas y procesos que venían trabajándose desde antes de la dictadura, que son mencionados por Apráez (2011). Esta decisión de centrarse en objetivos sanitarios sigue trabajándose, estando presente tanto en los objetivos sanitarios para el periodo entre el 2000 y el 2010 (MINSAL, 2001; MINSAL, 2002), y el periodo entre el 2010 y el 2020 (Gobierno de Chile, 2011; MINSAL, 2011).

Estos tres puntos muestran cambios estructurales sobre la base de una historia en el sistema de salud, donde observando el proceso desde nuestros días, podemos constatar que existió un quiebre en la forma de implementar los cambios. Que si agregamos el apoyo a los trabajos que venían gestándose desde antes de la dictadura, alcanza un fuerte apoyo de parte de los trabajadores de la salud.

Considerando las reformas anteriores, el quiebre más importante es la consideración de la cultura de las organizaciones y trabajadores de la salud pública, nunca antes realizado, lo que no solo aunó fuerzas a favor de esta

reforma, sino que también generó incertidumbre y quiebres al interior de la cultura del sistema público, lo que no supieron ser abordados y resueltos en su momento.

Sin embargo, la implementación no estuvo ausente de problemas, donde tanto de parte de los ministerios del país como del Colegio Médico encontró fuertes críticas, principalmente orientadas hacia su forma de financiamiento. Esto es bien descrito por los autores mencionados, y bajo la mirada de la promoción de salud pierde sentido la discusión de forma exhaustiva de dichos temas. Sin embargo, el trabajo comunitario y la implementación de medidas para la reestructuración de las instituciones de salud fue puesto en práctica, ya sea apoyado por los objetivos plateados el 2002 para la década como por el apoyo de la comunidad en general (Infante y Paraje, 2010).

Los problemas de esto se vieron posterior a la implementación de la reforma, donde las garantías que proponía el estado y la gestión de los objetivos vieron sus presupuestos ajustados a asegurar aspectos que mantenían parámetros fijos y difíciles de medir.

Esto puede ser explicado por que aquellos puntos que buscaban entregar una solidez a la reforma fueron suprimidos por los problemas políticos y las contradicciones frente a la cultura y la constitución implantada en dictadura. (Bastías y Valdivia, 2007)

Sistematización de los cambios en las 3 últimas reformas en Chile

Es innegable el progreso realizado en Chile desde la implementación de la reforma durante la dictadura militar, hasta la última gran reforma llevada a cabo por Ricardo Lagos, en especial si consideramos aspectos como el apoyo gubernamental a temas como la equidad, garantías en salud, atención primaria y participación de la comunidad en temas relacionados a la salud. Sin embargo, todos estos avances no corresponden directamente a los intereses puestos en marcha en los continuos cambios vividos en las instituciones de salud, sino a la cultura y desarrollo informal que han mantenido los profesionales de la salud en el ámbito público, que ha ido progresando desde los planteamientos de Allende.

La mayoría de los análisis y revisiones de las reformas se centra en el los principios económicos y políticos de las reformas, pero al ver el trabajo desde la promoción de salud mental, encontramos que el trabajo en el sistema público ha ido entregando resultados de forma constante (OCDE, 2011), demostrando un crecimiento sostenido a pesar de las imposiciones políticas, lo que muestra que la ineficiencia del sistema público es más que nada una falacia (Tetelboin, 2003).

Esto se hace evidente al observar que los aspectos fundamentales en la reforma del 2004, recogen las opiniones de profesionales de salud, donde se plasman los avances que han ido generando a pesar de las imposiciones políticas y económicas de la reforma en dictadura. Sin embargo, aún quedan aspectos importantes que avanzar en la conformación de lineamientos claros y coherentes a nivel país sobre la salud, donde se observan discrepancias políticas y técnicas en temas de salud, que si bien se han mantenido en la cultura organizacional de la salud desde 1930, impiden una articulación mayor de parte del estado para regular y establecer objetivos específicos sobre ellos.

Situación actual en Chile

En la actualidad, entorno a los temas de salud encontramos solo 2 aspectos estructurales que analizar, los Planes y objetivos para la década del 2010 - 2020 en las áreas de la salud y la salud mental (Gobierno de Chile, 2011; MINSAL, 2013).

Estos objetivos están orientados como una continuidad de las metas propuestas para la década pasada, agregando los aspectos que han sido discutidos con profesionales y la comunidad (Gobierno de Chile, 2011; MINSAL, 2002). Y si bien es cierto que no se generan cambios sustanciales a los objetivos que, como se menciono anteriormente, estaban ligados a una reforma que no logró ser implementada cabalmente, siguen muchos de los planteamientos enunciados por la Organización Mundial de Salud, en especial los relacionados a la salud mental.

Dentro de distintos objetivos, destacan 3 de los 4 mencionados en el programa para Salud Mental del Ministerio de Salud Chileno (2013): Desarrollar factores

protectores de la salud mental en la población beneficiaria; evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles; y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución y de sus familiares y/o cuidadores. Todos estos objetivos están completamente acorde a los planteado por organismos internacionales, donde lo más importante es resolver los problemas mediante la promoción y la prevención de la salud.

En contraposición a esto, los objetivos para la salud en general no dan tanta importancia a la promoción, donde lo principal para lograr los objetivos frente a las enfermedades sigue siendo el tratamiento de la enfermedad, y donde la promoción queda relegada a aspectos que, si bien son elementos centrales en el plan, son de un carácter fundamentalmente preventivo y promocional, cómo los Objetivos: Desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad de la población; y Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital (Objetivos 3 y 4 respectivamente) (Gobierno de Chile, 2011). Esto devela que la promoción no se ha considerado como una medida efectiva para enfrentar las enfermedades, y se ha dispuesto como medida alternativa para responder a indicadores de difícil aproximación como los objetivos mencionados, y con una débil presencia en el abordaje de las enfermedades no transmisibles, el VIH/SIDA, entre otros.

Esto cobra sentido al entender que el desarrollo cultural que se encuentra en las instituciones de salud continúan con la dicotomía entre la salud y la salud mental, y que en función de la estructura impuesta en dictadura, es completamente coherente con la segregación de la salud, donde cada área, si bien mantenía una cultura relativamente homogénea antes de 1973 (Molina, 2006), fue contenida y ofuscada por la reforma económica en salud de 1979.

A esto se agrega que el cambio propuesto en la Reforma de salud en dictadura no abordó aspectos de la gestión de la salud, y que en consecuencia las propuestas gubernamentales consiguientes se han enfocado a revertir aquellos cambios sin

estimar la situación de la cultura en estas organizaciones de salud, donde la participación de la cultura no se ve reflejada en los objetivos por los cuales se mide y exige a estas instituciones.

Discusión

Dentro de la información presentada, es evidente que las reformas realizadas en Chile desde el siglo XX está afectando las actuales políticas y estructura del sistema de salud, en especial en términos de la promoción de salud mental, considerando la definición propuesta y entendida por parte de los organismos mundiales como la OMS y la OPS. No es menos llamativo advertir que los factores históricos, brevemente mencionados en la memoria, son parte de una cultura que, a pesar de los cambios e imposiciones realizadas de parte de las autoridades, sigue siendo un elemento central de promoción de políticas acorde a los planteamientos internacionales y la cultura de las organizaciones en salud.

Para poder entregar una discusión de forma clara para los diferentes aspectos revisados en la memoria, se abordarán los siguientes temas en apartados distintos: primero se revisará la información sistematizada sobre promoción de salud de los organismos internacionales en los distintos momentos de las reformas de salud de Chile; en un apartado diferente, se expondrán las recomendaciones y limitaciones que son pertinentes frente a la situación que vive el país en estos momentos a la luz de un análisis organizacional; una vez determinado tanto el impacto como la relevancia que tienen las propuestas en Chile, se dará cuenta de las limitaciones que tiene esta memoria en función de los temas que no se han tocado, como de los aspectos que podrían ser relevantes para próximas investigaciones o profundizaciones del tema; se concluirá con un breve resumen de los resultados y las conclusiones obtenidas.

La promoción de salud mental en las reformas chilenas

Los procedimientos realizados en cada una de las reformas mencionadas en los resultados pueden ser entendidos desde una mirada más general, considerando

las conferencias y propuestas que emanaban desde organismos como la OMS en temas de promoción de salud mental. Estos procesos, que si bien no son el único aspecto que influye en la construcción de la cultura y de los problemas que se encuentran hoy en día, si permiten entender, desde una mirada evolutiva, como el estado visto como una organización fue generando o intentado crear una estructura en el sistema de salud, la cual a su vez intentó autogenerarse en función de objetivos propios, sin considerar la realidad de las organizaciones de salud chilenas y la situación internacional que se vivía por esos años.

Los cambios, de esta manera, cometieron los dos errores que fueron mencionados en los resultados, y que la OMS ya contradecía mediante la declaración de Alma Ata (1978) por esas fechas: Instaurar un sistema de salud sin una cobertura de todas las enfermedades, lo que contradice uno de los principios para la salud que refiere a su universalidad (WHO, 1986); y desarticular el sistema que se venía implementando sin entregar una propuesta consistente con él y sin considerar la cultura de los organismos de salud, hecho que no solo generó el debilitamiento del ministerio de salud, sino que tuvo repercusiones en diferentes áreas de la salud cómo ya fue mencionado. Estos 2 cambios ya fueron explicados, y vienen a intentar instaurar un modelo económico sin considerar una definición ni objetivos claros en salud.

Desde una mirada organizacional, podemos observar un importante error, que si bien no tiene que ver con la promoción de salud mental, más si tiene que ver con los impactos y consecuencias que vemos hoy en los actuales planes y objetivos para esta década. Si bien el cambio organizacional es tema de amplio análisis, como se ya se mencionó, se tomará en cuenta uno de los modelos más conocido, planteado por Lewin (1947, citado en Burnes, 2004).

Lewin (1997) plantea que los cambios requieren considerar a la cultura de la organización para que los cambios perduren en el tiempo, y por lo visto en los resultados, tanto la reforma de 1979 como la de 1990 no consideraron dichos aspectos, donde intentaron implementar los cambios sin generar un procesos de

descongelamiento de los procesos y comportamientos, creando una sensación de cambio hacia fuera de las organizaciones de salud que no impactó en las prácticas que llevaban ejecutando desde 1930 estos trabajadores. Es esta desconsideración de los factores culturales en las propuestas de cambio lo que pudo generar que la cultura de las organizaciones de la salud presentaran un sentimiento de apatía frente al cambio propuesto en el año 2000, donde se percibía que las grandes propuestas o grandes cambios institucionales no se verían reflejados en sus actividades cotidianas, aumentando la resistencia y generando, en la última reforma, las críticas y problemas que se mencionaron. Si bien es solo una hipótesis, los elementos que la respaldan son evidentes, donde el sistema de salud demostró, con sus prácticas, resultados importantes, y el sistema implementado generó incluso mayores déficit de los que intentó corregir (Tetelboin, 2003).

Asumiendo que estos análisis no son contradictorios, esto permite entender que las propuestas desde los organismos internacionales no se han integrado a las prácticas, debido principalmente a la cultura desarrollada por los trabajadores de las instituciones en salud pública, lo que genera una limitación para la implementación de las actuales propuestas sobre promoción de salud desde ellos. Esto se entiende dado que dentro de los cambios percibidos por la cultura, no se ha respondido a las necesidades que ellos mismo exigen, llevándolos a una forma de organización defensiva y poco integradora de las propuestas externas, viendo a estas como peligrosas u hostiles para sus objetivos.

Sin embargo, esto mismo generó que la cultura se potenciara, siendo capaz de generar resultados importantes durante esos años (OCDE, 2011). Esto se transforma en una de las posibilidades que posee el sistema de salud chileno, pues si consideramos que muchos de los principios de la conferencia de Ottawa tienen sus bases en los movimientos pioneros en Latinoamérica como el de Chile, esto implica que los procesos y consideraciones aprendidas pueden ser reincorporadas y trabajadas desde la misma cultura, entregando una alternativa para generar el cambio en la estructura desde las bases de las organizaciones,

algo que, por lo demás, está de acuerdo a los planteamientos desde las organizaciones internacionales.

La promoción de salud mental en el Chile de hoy

Para abordar la promoción de salud mental en el Chile de hoy, el problema arrastrado desde los cambios en las reformas es lo más relevante, pues los planes y objetivos para la década pasada y la década actual están fundamentadas en la reforma impulsada por Ricardo Lagos (Infante y Paraje, 2010), una reforma que como se mencionó con anterioridad, fue la última gran reforma del proceso iniciado desde los cambios en dictadura (Infante y Paraje, 2010).

Por este motivo, la situación actual no puede sino ir ligado con la discusión anterior, donde los errores mencionados pasan a forma parte de las limitaciones que tienen los actuales planes y objetivos para la década.

Quizás el mayor problema para la gestión de nuevos cambios a razón de objetivos y propuestas estructurales, sea la mala experiencia en la implementación de las reformas de 1979 y 1990, donde buscaron generar cambios sin un trabajo previo con las instituciones de salud y no entregaron una respuesta a las necesidades ni a los objetivos que se han ido desarrollando desde comienzos del siglo XX con los trabajadores de la salud. Esto, cómo se mencionó anteriormente, limita los cambios realizables a nivel macro de las organizaciones de salud, pues no se percibe como importante el cambio y se mantienen las prácticas que están instauradas en la cultura, como ocurrió con las reformas mencionadas.

El segundo problema es la fragmentación que existe en el ámbito de la salud, el cual se encuentra desde incluso antes de la dictadura (Molina, 2006), y se ve claramente en los problemas para la instauración de la reforma en el gobierno de Ricardo Lagos (Infante y Paraje, 2004). Esta fragmentación crea una limitación a nivel práctica, pues al no existir una cultura homogénea, conformar un cambio siguiendo las etapas planteadas por Lewin se vuelve muy complejo, dado que el descongelamiento debe ser fraccionado en función de cada una de las culturas que conviven entre los funcionarios de los sistemas de salud.

De acuerdo con esto, la situación actual se encuentra en un punto de tensión, donde los cambios que siguen intentando proliferar dentro del sistema de salud chileno carecen de un arraigo y aceptación desde la cultura, que como se mencionó, ha mostrado constantemente una fortaleza frente a los cambios, incluso en situaciones como la dictadura vivida en el país. Y por el lado de la cultura, sus propuestas no tienen la consistencia suficiente para generar una presión real para llevar estos cambios a un nivel institucional o nacional.

Sin embargo, este efecto de “tira y afloja” entre los cambios estructurales y la cultura existente no solo genera limitaciones. En la actualidad, existen muchas iniciativas y proyectos que siguen las recomendaciones de los organismos internacionales (citar ejemplos o proyectos relacionados con la promoción de salud). En efecto, si bien no fueron tratados en los resultados debido a que dichos aspectos no son elementos estructurales sobre la promoción de salud, o incluso no son parte del ministerio de salud, si pueden servir para ejemplificar que la cultura ha ido gestando un progreso que se ve reflejado en los planes y objetivos en salud mental, los cuales a pesar de presentar cierta falta de coherencia interna, tienen muchos de los elementos centrales de las propuestas de las conferencias mundiales en promoción de la salud.

Dentro de los aspectos que destacan como potencialidades, encontramos los siguientes:

- a) La cultura que existe en el sistema de salud chileno viene de los principios instaurados en los años 30', lo cual mantiene mucho de los planteamientos que fueron motivo de estudio y ejemplo para las conferencias internacionales de promoción de salud (Apráez, 2011). Lo que permite que los cambios, que si bien no se encuentran tan profundizados como los planteados por organismos internacionales, si es posible rescatar y potenciar aquellos que se alinean con las propuestas sobre promoción de salud mental, generando iniciativas y apoyo a las mismas prácticas realizadas desde la cultura de las organizaciones de salud sin que se generen grandes resistencias.

b) La reforma del 2004, a pesar de los problemas y críticas recibidas, es un precedente para los cambios en Chile, puesto que logra generar modificaciones importantes a sistemas supuestamente intocables (Infante y Paraje, 2004). Por lo mismo, las metodologías utilizadas para dicho proceso se convierten en una muy buena herramienta para propiciar cambios a nivel institucional, como: el rescatar aspectos históricos de la cultura y de sus procesos y plantemientos; y generar una participación real de parte de los miembros de la salud en una institución aparte, evitando problemas al interior de los mismos ministerios.

Considerando tanto potencialidades como limitaciones, es difícil definir un curso de acción claro. Esto se debe a que los problemas estructurales se encuentran constantemente tensionando los elementos culturales. Sin embargo, estos son los que logran dotar de una coherencia y trascendencia a los procesos, por lo que son fundamentales y no puede simplemente disminuir su rigidez para empoderar la cultura.

Frente a todo esto, la situación en Chile queda más clara permitiendo observarla con mayor detención y detalle, lo que se espera permita nuevas investigaciones y sirva de insumo para posibles cambios, tanto desde los propios actores del sector de la salud cómo de parte del gobierno y la institucionalidad. Si existe una solución efectiva para lograr un sistema de salud acorde a las propuestas internacionales, es precisamente integrando ambos aspectos, la cultura y la institucionalidad.

Alcances del estudio

Dentro de los alcances del estudio, lo primero a recalcar es que esto es una recopilación de antecedentes, donde se ha realizado una revisión de diferentes autores y de los procesos en las reformas de salud chilenas. Esto implica que no se considere la salud en todo su espectro, ignorando aspectos como sus implicancias en la educación, los aspectos relacionados con el trabajo y la prevención de riesgo, y los aspectos relacionados con la implementación de áreas verdes, espacios para realizar ejercicio, entre otros. Por esto, las conclusiones abordan un tema muy específico, las potencialidades y debilidades que tiene el

sistema de salud chileno para implementar las políticas en promoción de salud mental, lo que deja mucho campo para seguir investigando sobre sus alcances en otras áreas.

Si consideramos las áreas revisadas por este estudio, es posible inferir que los problemas vividos en la salud responde a problemas presentes en las distintas áreas que se han visto afectadas por la dictadura, como lo son la educación, el sindicalismo, entre otros. De acuerdo con esto, el estudio es un buen punto de partida para poder relacionar que estos procesos, como las reformas, presentan los problemas de no considerar la cultura ni los procesos básicos para conformar un cambio organizacional a largo plazo. Si bien es un análisis preliminar, los diferentes autores y la forma en que plantean los cambios vividos en dictadura, dan a suponer que la mayoría de los procesos en otras áreas han seguido un camino similar.

Sobre las limitaciones metodológicas, quedan pendientes temas relacionados con la visión internacional de estos procesos, las cuales pueden variar en la interpretación de los procesos vividos en Chile tanto actuales como dentro de la dictadura. Así mismo, es difícil establecer que los procesos y los resultados vividos en Chile son particulares a esta cultura, donde las potencialidades observadas en los procesos no institucionales de las organizaciones de salud son propias de la historia cercana a las propuestas de promoción de salud, y no responden a elementos propios del desarrollo de toda institución. Para poder responder a esto, sería importante corroborar con estudios similares en otros países, que no fueron abordados aquí debido a que no corresponden a elementos que respondan a la pregunta de investigación.

Conclusión

La promoción de salud es un elemento muy relevante hoy en día, ya sea por lo efectivo que resulta en función de los costos que involucra, o que sea una forma eficiente de afrontar problemas de salud complejos o sin una solución clara hasta el momento.

Por lo mismo hoy podemos encontrarla en los planteamientos desde el gobierno y del ministerio de salud chilenos, donde los objetivos y planes en salud y salud mental consideran las propuestas internacionales sobre promoción de salud. A pesar de que dichas propuestas no estén tan arraigadas como se propone por la OMS, como ya se mencionó en el documento, es relevante que las propuestas sean parte de las discusiones y de los objetivos del país, a pesar de todos los cambios y quiebres en el sistema de salud chileno.

Por esto, en base a todo lo expuesto anteriormente, se concluye que los cambios generados por las grandes reformas en Chile al sistema de salud desde 1970 han tenido un impacto poco favorable para la introducción de cambios desde la institucionalidad. Sin embargo, se ha generado que la misma cultura genere comportamientos efectivos, los cuales a grandes rasgos siguen los planteamientos propuestos por los organismos internacionales sobre salud y promoción de salud.

Estos efectos son los que influyeron de forma importante en la tramitación de la reforma impulsada por Ricardo Lagos desde el año 2000 hasta su aprobación en el 2004, puesto que los cambios realizados durante la dictadura en Chile llevaron a los trabajadores del área de la salud pública a buscar nuevas formas de trabajo ante las modificaciones impuestas a nivel económico, sin definiciones ni coherentes con la salud de ese entonces. Como se explicó, esto generó que la cultura se mostrase reticente a los cambios propuestos en la reforma de el 2004, y muy posiblemente se repita este problema en futuros intentos de cambio.

Además de esto, se puede observar que la reforma impulsada por Lagos logró cambios importantes, a pesar de los problemas, en el área de la salud, los cuales pueden ser entendidos debido a que se logró proponer un cambio coherente con la cultura, integrándola en la conformación de los cambios. Esto es acorde a la propuesta de Lewin (1947, en Burnes, 2004), donde mirado desde este planteamiento, la reforma se enmarcó en un estado de descongelamiento de las organizaciones de salud pública, donde logró mover cambios que luego, tras todo el proceso, en la etapa de recongelamiento lograron instalarse como propuestas

coherentes con los otros elementos de la cultura que no habían sido descongelados.

Se entiende también que las limitaciones mencionadas impiden dar respuestas concretas y específicas a los problemas planteados, dado que al tratarse de una memoria, es poco viable llevar a cabo discusiones extensas en cada uno de los temas tratados. Sin embargo se cumple con el objetivo de rescatar potencialidades y debilidades en el Chile de hoy, además de entregar información desde aspectos ampliamente aceptados, que pueden dar lugar a investigaciones más acotadas a realidades particulares o incluso a otras áreas diferentes a la salud, como la educación o el trabajo, debido a que los problemas y los procesos de cambio vividos en dictadura, como se plantearon en todo el documento, fueron percibidos por el país completo.

Por todo esto, es que se llega a la conclusión de que la solución para lograr un sistema de salud acorde a las propuestas internacionales, es precisamente integrando ambos aspectos, la cultura y la institucionalidad, generando propuestas que permitan adecuarse a la realidad nacional sin perder de vista elementos estructurales que permitan abordar la salud a nivel país.

Bibliografía

- Aedo, C. (2000). Las reformas en la salud en Chile. La transformación económica de Chile.
- Albala, C., Correa, P., Burrows, R. y Uauy, R. (2012). Health production and risk of obesity among Chilean adolescents: Understanding health related behaviors in youth. *Rev. Health* 4(12A), 1413-1419.
- Alves, P., Da Ros, M. y Bicudo, A. (2012). The Brazilian public healthcare system and its participation in medical training. *Rev. Health* 4(8), 500-505.
- Apráez, G. (2011). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis* [En línea], 27 | 2011, Puesto en línea el 18 abril 2012, consultado el 28 julio 2012. URL: <http://polis.revues.org/> 958 ; DOI : 10.4000/polis.958
- Astedt-Kurki, P., Puolakka, K., Haapasalo-Pesu, K-M. y Paavilainen, E. (2013). Using grounded theory to create a substantive theory of promoting schoolchildren's mental health. *Nurse Researcher* 20(3), 22-27.
- Balagué, L., Calderón, C., Cortada, J. y Sánchez, A. (2011). Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC Health Services Research* 11(62), 1-11.
- Baradarn, M., Falahat, K., Dejman M., Setareh A., Malek H., Heidari N. y Mirabzadeh, A. (2013). The Main Advantages of Community Based Participatory Health Programs: An Experience from the Islamic Republic of Iran. *Global Journal of Health Science*, 5(3), 28-33.
- Bastías, G., & Valdivia, G. (2007). Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. *Boletín Escuela de Medicina*, 32(2).

- Beaglehole, R., Tang, K.C., y de Leeuw, E. (2006). Ottawa to Bangkok—Health promotion's journey from principles to 'glocal' implementation. *Health Promotion International*, 21(suppl 1), 1-4.
- Burnes, B. (2004). Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal. *Journal of Management studies*, 41(6), 977-1002.
- Cañadas, G., García, M., Gonzalez, E., Fernández, R. y García, I. (2011). Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. *Rev Med Chile* 139, 1269-1275.
- Chen, C-H., Lin, S-Y. y Lee, P-C. (2011). Predicting adherence to health care recommendations using health promotion behaviours in kidney transplant recipients within 1–5 years post-transplant. *Journal of Clinical Nursing* 20, 3313-3321. Blackwell Publishing Ltd, 2011.
- Colegio Médico de Chile (Ed.) (2003). Sistema de salud chileno: contexto histórico normativo.
- Crovetto M. y Vio del R, F. (2009). Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev Chil Nutr* Vol. 36, No1, Marzo 2009
- Davis, S. (1984). *Managing corporate culture*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Danışman, A. (2010). Good intentions and failed implementations: Understanding culture-based resistance to organizational change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19(2), 200-220.
- Feldman, M. (1991). The meanings of ambiguity: Learning from stories and metaphors. En P. Frost, L. Moore, M. Louis, C. Lundberg, & J. Martin (Eds.), *Reframing organizational culture* (pp. 145-156). Newbury Park, CA: Sage.

- Louis, M. (1985). An investigator's guide to workplace culture. En P. Frost, L. Moore, M. Louis, C. Lundberg, 8c J. Martin (Eds.), Organizational culture (pp. 73-94). Beverly Hills, CA: Sage.
- Florentín, P., Satústegui, P., Herrado, I. y Tobajas, J. (2011). Promoción de la salud a través de herramientas web 2.0. Proyecto de colaboración entre universidades y enseñanzas medias. Rev. ARBOR 187(3), 165-169.
- Gahagan, J., Merritt, B. y Kottorp, A. (2013). HIV and disability: a pilot study exploring the use of the Assessment of Motor and Process Skills to measure daily life performance. Journal of the International AIDS Society 16. Extraído desde [http:// www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17339](http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/17339)
- Gobierno de Chile. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 - 2020. Inscripción 211.726. ISBN: 978-956-348-005-4
- Gómez, M. y Granados, R. (2000). La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. Rev. salud pública, 2(2), 97-120.
- Goudge, J., Nxumalo, N. y Thomas, L. (2013). Outreach services to improve access to health care in South Africa: lessons from three community health worker programmes. Glob Health Action 6, 219-226.
- Infante, A. y Paraje, G. (2010). La reforma de salud en Chile. Documento de trabajo 2010 - 4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Jain, A. y Leka, S. (Ed.) (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. World Health Organization, Suecia. Library Cataloguing-in-Publication Data. ISBN 978 92 4 150027 2
- Juvinyà, D., Prat, I. y Sánchez, I. (2011). Estrategia para aumentar el cribado de los factores de riesgo cardiovascular en la población joven. Enferm Clin. 21(1), 3-11.

- Labra, M. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4), 1041-1052.
- Labra, M. (2004). Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950). *Cuad Méd Soc (Chile)* 44, 207-219.
- Larrañaga, O. (1997). Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Proyecto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe".
- Lenz, R. (2007). Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina: una mirada desde la economía política. Santiago de Chile: CiEPLAN.
- Mills, A. (1988). Organization, gender, and culture. *Organization Studies*, 9. p. 351-370. Ministerio de Salud. (2001). Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Gobierno de Chile, Santiago.
- Ministerio de Salud. (2002). Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Publicado por Boletín de vigilancia en salud pública de Chile. Vol. 5, No 15. (2002).
- Ministerio de Salud. (2013). Protección de la Salud. Extraído de http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_proteccion/g_salud_mental/saludinmigrantespresentacion.html
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Pan Am J Public Health* 18(4/5), 346-358.
- Molina Bustos, C. (2006). Antecedentes del Servicio Nacional de Salud: Historia de Debates y Contradicciones Chile 1932-1952. *Cuad. Med. Soc.* 46(4), 284-304. Santiago, Chile.

- Mthobeni, M. y Peu, M. (2013). Perceptions of health promoters about health promotion programmes for families with adolescents orphaned as a result of AIDS in the rural Hammanskraal region in South Africa. *Health SA Gesondheid* 18(1), Art. #648, 8 páginas. Extraído desde <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v18i1.648>
- Notara, V. y Sakellari, E. (2013). Health Promotion and School Health: the Health Visiting Role in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 6(1), 37-43.
- Ogbonna, E., & Harris, L. C. (2002). Managing organisational culture: insights from the hospitality industry. *Human Resource Management Journal*, 12(1), 33-53.
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2011). Health at a Glance 2011. OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. SBN 978-92-64-12610-7
- Pérez, J. E. (2007). La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Revista Gaceta Laboral*, 13(1), 43-57.
- Sapag, J. C., & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saude Publica*, 41(1), 139-49.
- Sathe, V. (1985). *Culture and related corporate realities: Text, cases, and readings on organizational entry, establishment, and change*. Homewood, IL: Irwin.
- Scharager, J. S., & Molina, M. L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(3), 149-59.
- Schein, E. (1985). *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sergiovanni, T. y Corbally, J. (Eds.). (1984). *Leadership and organizational culture*. Urbana. University of Illinois Press.

- Tetelboin, C. (2003). La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990. México DF, 2003. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Van de Ven, A. H., & Poole, M. S. (2005). Alternative approaches for studying organizational change. *Organization Studies*, 26(9), 1377-1404.
- World Health Organization. (1978). Declaración de Alma-Ata. Revisado el 24 de Marzo del 2013, de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, 1986.
- World Health Organization. (1991). Declaración de Sundsvall sobre los ambientes de favorables a la salud. Suecia.
- World Health Organization. (1997). Declaración de Yakarta sobre la promoción de salud en el siglo XXI. República de Indonesia.
- World Health Organization. (2000). Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México.
- World Health Organization. (2002). Prevention and promotion in health mental. Geneva, 2002.
- World Health Organization. (2003). Investing in mental health. Genova 2003.
- World Health Organization. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia.
- World Health Organization. (2013a). Salud Mental. Recuperado desde www.who.int/topics/mental_health/es/
- World Health Organization. (2013b). Global Conferences on Health Promotion. Recuperado desde <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>

Zúñiga, A. (2007). Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta bioethica*, 13(2), 237-245.