

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA SITUADA Y POPULAR EN SALUD: SABERES, CONFLICTOS Y PODER EN LA SALUD COLECTIVA

**JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ
DONOVAN CASAS PATIÑO**

Resumen

Este capítulo propone una resignificación crítica de la planificación estratégica en el campo de la salud, articulando los principios de la salud colectiva, la epidemiología crítica y la Planificación Estratégica Situacional (PES). Se plantea que la planificación no debe ser entendida como un procedimiento técnico o administrativo, sino como una práctica política situada, orientada a disputar sentidos y transformar las estructuras que generan desigualdad, exclusión y sufrimiento colectivo. A partir de una lectura crítica de la PES, se analiza cómo sus módulos —explicativo, político, estratégico y táctico-operativo— pueden ser reapropiados desde una lógica participativa, descolonizadora y territorial. El capítulo destaca el valor de herramientas metodológicas como el diagnóstico participativo, la cartografía social y el monitoreo estratégico, las cuales, en coherencia con la determinación social de la salud, permiten construir una praxis de planificación comprometida con el cuidado, la justicia y la vida digna. Más allá de proponer una receta, este texto ofrece claves para construir procesos planificadores colectivos y transformadores, que reconozcan el saber situado de los sujetos sociales y fortalezcan su capacidad de incidir en la gestión de lo públi-

co. Así, la planificación estratégica situada y popular se presenta no solo como una herramienta técnica, sino como una práctica ética y política al servicio del derecho a la salud y la soberanía de los territorios.

Palabras clave: Planificación estratégica situada, Salud colectiva, Epidemiología crítica, Participación popular y Determinación social de la salud.

Introducción

La planificación en salud no puede concebirse como un ejercicio neutral o meramente técnico. En sociedades marcadas por profundas desigualdades, crisis civilizatorias y conflictos territoriales, planificar estratégicamente supone tomar posición frente a los procesos que deterioran o protegen la vida, Feo Istúriz, Rodrigues, Saavedra, Quintana y Alcalá (2020). En este escenario, dos enfoques latinoamericanos profundamente entrelazados —la salud colectiva y la epidemiología crítica—, enraizados en procesos históricos de resistencia al modelo neoliberal impuesto en América Latina desde los años ochenta, ofrecen las bases epistemológicas, éticas y políticas para transformar el modo de atención, organización y gestión en salud Laurell (2010). Estos enfoques emergieron como respuesta crítica a las imposiciones tecnocráticas de organismos multilaterales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyas propuestas —como el marco lógico y el discurso de la eficiencia— despolitizaron el campo de la planificación y lo alejaron de los procesos emancipadores de los pueblos.

En ese mismo contexto latinoamericano de crisis estructural, conflictividad social y disputa por el sentido de lo público, se origina también la propuesta de Planificación Estratégica Situacional (PES), como una herramienta de conducción política ante escenarios complejos, con múltiples actores y relaciones de poder en tensión, Matus, (1987). Aunque proveniente del campo de la gestión pública, la PES

comparte con la salud colectiva y la epidemiología crítica una misma raíz crítica: el rechazo a la neutralidad técnica, la centralidad del conflicto como motor de cambio, y la necesidad de construir alternativas desde una lectura situada y transformadora de la realidad.

La Planificación Estratégica Situacional (PES), tal como la desarrolló Carlos Matus, propone una forma de planificar que reconoce la complejidad del entorno, la multiplicidad de actores, la incertidumbre y el conflicto como dimensiones constitutivas de toda situación política. A diferencia de los modelos lineales y normativos, la PES se estructura en módulos —explicativo, político, estratégico y táctico-operativo— que permiten comprender, intervenir y transformar la realidad desde una perspectiva situada, Matus, (1987). Su clave está en asumir que el planificador no es un técnico neutral, sino un actor inmerso en un campo de fuerzas, y que planificar implica construir poder social para disputar sentidos y conducir transformaciones. Este capítulo, retomaremos la PES desde una lectura crítica, coherente con los principios de la salud colectiva y la epidemiología crítica, resignificándola como herramienta para el ejercicio ético y político del cuidado en los territorios.

En este orden de ideas, la salud colectiva aporta una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, reconociendo su carácter histórico, cultural, territorial, social y político. En lugar de enfocarse en el control de enfermedades o la modificación de conductas individuales, busca intervenir sobre las estructuras que reproducen desigualdades, promoviendo el derecho a la salud como parte de un proyecto emancipador (Casallas-Murillo, 2017). La participación activa de los sujetos sociales, el diálogo de saberes, la justicia social y el reconocimiento de las condiciones socioterritoriales son algunos de sus principios fundamentales.

Por su parte, la epidemiología crítica complementa este marco al proponer una lectura estructural de los procesos de salud. Frente a la epidemiología convencional —que reduce el análisis a factores de riesgo cuantificables—, esta perspec-

tiva identifica procesos críticos, destructores y protectores de la salud y la vida, como el extractivismo, la violencia estructural, la resistencia comunitaria o la soberanía alimentaria y sanitaria (García, 2017). Este giro epistemológico permite superar las miradas fragmentadas y tecnocráticas, que despolitizan los problemas de salud al reducirlos a variables aisladas o factores individuales, como ocurre con el enfoque dominante de los determinantes sociales. En su lugar, la epidemiología crítica propone el concepto de determinación social (Breilh, 2013), que sitúa la salud en el centro de relaciones de poder globales y locales. Así, esta no solo observa la realidad, sino que se propone transformarla, convirtiéndose en una herramienta clave para la planificación estratégica con sentido ético y político.

Desde esta articulación, la planificación estratégica en salud colectiva se convierte en una herramienta fundamental para promover el derecho a la salud con equidad, eficacia y justicia social. En contextos sanitarios complejos y en transformación, su importancia radica en articular metas a largo plazo con acciones concretas que respondan a las realidades socioterritoriales. Su carácter participativo y crítico la convierte en una vía para democratizar las decisiones y orientar los esfuerzos hacia la transformación estructural del sistema de salud.

A diferencia de enfoques tradicionales centrados en la administración de recursos, la salud colectiva promueve una mirada integradora, que considera la determinación social de la salud, la participación ciudadana y el papel activo de los sujetos sociales en la producción del cuidado (García, 2017). De igual forma, la epidemiología crítica enriquece el análisis de los contextos locales al evidenciar las relaciones estructurales que afectan la vida y la salud de los pueblos. Así, planificar estratégicamente desde esta perspectiva implica mucho más que diseñar programas o cumplir indicadores: se trata de una apuesta política, ética y epistémica por el bienestar común y la vida digna. Es decir, el cuidado como enfoque político.

Este enfoque se alinea con lo planteado por Feo Istúriz y Basile (2024), quienes destacan que el cuidado no debe entenderse únicamente como una acción técnica o asistencial, sino como un proceso de producción del cuidado, donde participan sujetos individuales y colectivos, equipos transdisciplinarios y comunidades organizadas. Este proceso no solo responde a necesidades sanitarias, sino que se construye desde y hacia modos de vida, ecologías de saberes y prácticas culturales situadas en los territorios.

Este capítulo forma parte de una propuesta formativa orientada a explorar críticamente los fundamentos teóricos, políticos y metodológicos de la planificación estratégica en el campo de la salud colectiva. Más que ofrecer una exposición sistemática o cerrada, busca abrir rutas de análisis y acción que articulen teoría y praxis transformadora en los espacios de gestión sanitaria. Se nutre tanto de la experiencia docente como de trayectorias reflexivas anteriores, así como del pensamiento de Carlos Matus, cuya lectura política de la planificación será retomada en las secciones siguientes como clave para resignificar el acto de planificar desde una perspectiva crítica, situada y emancipadora.

1. Salud colectiva, APS y crítica a la tecnocratización de la planificación en América Latina

La salud colectiva ha emergido en América Latina como un campo de pensamiento y acción que busca comprender y transformar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado desde una perspectiva crítica, social y emancipadora. A diferencia de la salud pública clásica, que tradicionalmente se ha enfocado en intervenciones sobre individuos o enfermedades específicas, la salud colectiva examina las condiciones estructurales que generan inequidades sanitarias y sociales, considerando la salud como un fenómeno histórico, social y político (García, 2017; Meinardi, 2021).

Este enfoque surge en parte como respuesta a los límites y contradicciones de la Atención Primaria en Salud (APS) promovida desde los años setenta, especialmente tras la Conferencia de Alma-Ata de 1978. Como señala Feo Istúriz y Basile (2024), la APS fue impulsada como una estrategia global para el Sur, pero su traducción e implementación en América Latina terminó reduciéndose a un dispositivo asistencialista, muchas veces desconectado de las realidades territoriales y culturales de la región. El propio Dr. David Tejada de Rivero, coordinador general de la conferencia de Alma-Ata, ha señalado que “el término ‘atención primaria de salud’ es una mala traducción del concepto original, que era ‘cuidado integral de la salud por todos y para todos’” (Tejada de Rivero, 2018, p. 2). Esta distorsión semántica refleja una diferencia de fondo: mientras la atención suele asociarse a respuestas técnicas y puntuales, el cuidado implica una relación continua, integral y relacional, orientada al bienestar y la protección de la vida en todas sus dimensiones (Feo Istúriz & Basile, 2024).

La década de los 80 fue especialmente decisiva para la salud en América Latina. El continente atravesó la llamada “década perdida”, marcada por la crisis de la deuda externa, la imposición de políticas de ajuste estructural y la consolidación del modelo neoliberal bajo el Consenso de Washington (Villasana, 2010). Estas transformaciones, impulsadas por organismos como el BID y la OPS, promovieron la privatización de los servicios públicos, la reducción del gasto social y la focalización de las intervenciones sanitarias (Birn, Nervi & Siqueira, 2016; Laurell, 2015).

La introducción de herramientas de gestión en el sector salud, durante las décadas de 1980 y 1990, representó un giro sustancial en la manera de concebir e intervenir los problemas sanitarios. Según Villasana (2010), este proceso estuvo marcado por una transformación de fondo: la acción del Estado comenzó a subordinarse crecientemente a criterios de eficiencia, rentabilidad y medición cuantitativa de resultados. Esta racionalidad de tipo empresarial desplazó progresivamente la concepción de la salud como derecho so-

cial, reemplazándola por una visión instrumental que privilegiaba la lógica operativa y los indicadores de desempeño.

Aunque Villasana no hace referencia explícita al enfoque del marco lógico, su análisis resulta especialmente pertinente para pensar el papel que esta herramienta ha jugado en los procesos de tecnocratización de la planificación. Desde esta lectura, puede inferirse que el marco lógico actuó como ariete metodológico en la instauración de una nueva racionalidad gerencial en salud: al estructurar las intervenciones en función de objetivos verificables, resultados esperados e indicadores cuantificables, esta herramienta facilitó la consolidación de un modelo de gestión centrado en el control, la linealidad causal y la medición formal, muchas veces en detrimento de la comprensión política y contextual de los problemas.

En esa misma dirección, puede sostenerse que el uso extendido del marco lógico y otras herramientas afines contribuyó a despolitizar la planificación sanitaria, al convertirla en un ejercicio normativo, predictivo y fragmentado. La complejidad de las determinaciones sociales fue reemplazada por cadenas causales simples; los actores colectivos se convirtieron en “grupos meta”; y las prácticas deliberativas fueron desplazadas por sistemas de monitoreo orientados al cumplimiento de metas numéricas. Como señala Villasana (2010), esto implicó una transformación profunda: la salud dejó de entenderse como campo político y se convirtió en un asunto de gerencia técnica.

Esta crítica invita a repensar el lugar de las herramientas de gestión en los procesos de planificación desde una perspectiva crítica y situada. No se trata de descartar automáticamente todo instrumento técnico, sino de problematizar su sentido, su orientación política y sus efectos epistemológicos. En lugar de asumir el marco lógico como una metodología neutral y universal, es necesario interrogar sus supuestos, sus lógicas de validación y su capacidad real para operar en contextos de desigualdad, conflictividad y diversidad territorial. Solo así será posible resignificar la planifi-

cación como práctica política, deliberativa y transformadora, coherente con los principios de la salud colectiva y la epidemiología crítica.

En respuesta a esta deriva tecnocrática, la reacción de los movimientos de salud colectiva y de la epidemiología crítica fue contundente: denunciaron que esta tecnocratización y mercantilización de la salud no solo fragmentaba los sistemas sanitarios, sino que también invisibilizaba las determinaciones estructurales y las luchas sociales por el derecho a la salud. Frente al predominio del “marco lógico” y la eficiencia como fin en sí mismo, la salud colectiva propone recuperar la planificación estratégica como un acto político orientado a la transformación de las condiciones de vida y las estructuras sociales injustas. En palabras de Tejada de Rivero (2018), la reducción de la APS a paquetes básicos y metas mínimas fue una traición al espíritu original de Alma-Ata, que aspiraba a un cuidado integral y participativo.

En este marco, la epidemiología crítica se consolidó como una herramienta central para analizar los procesos históricos, políticos y económicos que determinan las condiciones de salud y vida de las poblaciones (Breilh, 2013). Su aporte fundamental es el concepto de determinación social de la salud, que supera el enfoque fragmentado de los determinantes sociales y propone un análisis dialéctico y estructural, donde las relaciones de poder (colonialismo, capitalismo, patriarcado, racismo estructural) son causas profundas de la producción y distribución desigual de la salud y la enfermedad (Breilh, 2013; Feo Istúriz & Basile, 2024).

Esta diferencia no es menor. Mientras el enfoque de determinantes sociales tiende a promover intervenciones técnicas y localizadas, como campañas educativas o mejoras puntuales en el acceso a servicios, el enfoque de la determinación social exige transformaciones estructurales que cuestionen las lógicas de acumulación, exclusión y despojo que afectan la salud colectiva de los pueblos (Breilh, 2013; Laurell, 2015). Así, la salud colectiva y la epidemiología crítica, nutridas por las experiencias y resistencias latino-

americanas, plantean la necesidad de superar los límites del asistencialismo y la gestión tecnocrática, para avanzar hacia modelos de cuidado integral e intercultural, basados en el bien común y la justicia social (Feo Istúriz & Basile, 2024; Tejada de Rivero, 2018).

De esta manera, la planificación estratégica en salud colectiva —cuando se alimenta de la epidemiología crítica— se convierte en un acto político orientado a la transformación de las condiciones de vida y de las estructuras sociales injustas. Frente a la lógica hegemónica que reduce los problemas a variables técnicas y administrables, este enfoque propone una práctica situada, ética y emancipadora. Lejos del asistencialismo y de las gestiones tecnocráticas impulsadas por organismos internacionales como el BID y la OPS —a través de instrumentos como el “marco lógico” y discursos de eficiencia—, la planificación crítica se asume como una vía para disputar el sentido de las decisiones en salud, recuperar el poder de los sujetos colectivos y construir modelos de cuidado integral e intercultural basados en el bien común y la justicia social (Feo Istúriz & Basile, 2024; Breilh, 2013; Laurell, 2015; Tejada de Rivero, 2018).

2. La planificación estratégica: definiciones, evolución y resignificación crítica

La comprensión de la salud como un fenómeno profundamente arraigado en las estructuras sociales, históricas y políticas no solo implica reconocer las causas estructurales de la inequidad y el sufrimiento colectivo, sino también asumir una postura ético-política frente a cómo intervenir en estos procesos. La salud colectiva y la epidemiología crítica nos han ofrecido herramientas analíticas poderosas para desenrañar las lógicas que generan exclusión y enfermedad. Sin embargo, identificar los problemas no es suficiente si no somos capaces de construir respuestas transformadoras que disputen sentidos, fortalezcan el poder de los sujetos colec-

tivos y reconfiguren las relaciones de fuerza que operan en los territorios.

En este sentido, la planificación estratégica no puede seguir siendo entendida como un mero ejercicio técnico-administrativo destinado a organizar recursos o cumplir indicadores. Si bien estas dimensiones son importantes, resultan insuficientes cuando se pretende incidir en las condiciones estructurales que afectan la vida y la salud de los pueblos. Es aquí donde emerge la necesidad de resignificar la planificación como una práctica política situada, orientada no solo a gestionar lo existente, sino a imaginar y construir alternativas emancipadoras.

Este enfoque crítico de la planificación encuentra en la Planificación Estratégica Situacional (PES), desarrollada por Carlos Matus, una metodología clave. La PES propone una forma de pensar y actuar en contextos complejos, inciertos y conflictivos, reconociendo que toda decisión política se toma dentro de un campo de fuerzas dinámico y contradictorio, Matus (1987). Al articular esta perspectiva con los principios de la salud colectiva y la epidemiología crítica, se abre la posibilidad de construir procesos planificadores que no solo respondan a necesidades técnicas, sino que también sean capaces de generar transformaciones sociales profundas.

De esta manera, la planificación estratégica deja de ser un instrumento neutral para convertirse en una herramienta ética y política al servicio del cuidado, la justicia y la soberanía territorial. En las próximas secciones se explorará cómo esta resignificación puede concretarse mediante una lectura crítica de los módulos de la PES y su articulación con prácticas participativas y metodologías emancipadoras.

2.1. Plan estratégico: conceptos y evolución crítica

Antes de abordar la evolución histórica y crítica de la planificación estratégica, es necesario definir los conceptos clave que estructuran este campo. En primer lugar, la planificación

es entendida como la "toma anticipada de decisiones que permite prever, organizar, coordinar y controlar situaciones, acciones y resultados" (Scarincio, 2010). Esta concepción, que proviene de una tradición racionalista, implica la reflexión previa y la selección racional de medios para alcanzar un fin determinado, reduciendo la incertidumbre y maximizando la eficiencia. En este sentido, se puede rastrear la influencia de Henri Fayol, quien en su teoría de la administración (1916) entendió la planificación como una de las funciones fundamentales de los gerentes, siendo clave para prever los recursos y las acciones que se deben llevar a cabo para cumplir con los objetivos organizacionales. Así, el plan constituye el producto anticipado de la reflexión estratégica, mientras que la estrategia se define como un estilo de pensamiento consciente y adaptativo que busca orientar la acción para alcanzar los objetivos en contextos cambiantes, a través de una combinación de recursos y medios en un escenario dinámico y competitivo (Scarincio, 2010).

Por su parte, táctica hace referencia a las acciones concretas que ejecutan las estrategias, y operación es la ejecución práctica de estas acciones dentro de un marco operativo. Estos componentes reflejan una jerarquía organizativa de la planificación, que comienza con la visión general (plan), pasando por la orientación estratégica (estrategia), las acciones específicas (táctica) y finalmente, la implementación diaria (operación).

La planificación estratégica, tal como se concibe hoy en día, tiene sus orígenes en los ámbitos militar y empresarial de la segunda mitad del siglo XX. Inicialmente, fue vista como un conjunto de métodos racionales y sistemáticos para alcanzar metas predeterminadas en contextos relativamente estables. Sin embargo, esta visión se empezó a cuestionar a medida que los entornos se volvían más complejos e impredecibles. Mintzberg (1997) fue uno de los principales críticos del modelo clásico de planificación, argumentando que los entornos reales no pueden preverse de manera lineal ni controlarse completamente. Según Mintzberg, la estrategia no

debe formularse en oficinas cerradas, sino que debe emerger a través de la interacción de actores, estructuras y contextos cambiantes. En lugar de centrarse únicamente en el futuro, se trata de pensar estratégicamente en el presente, reconociendo la incertidumbre y el conflicto inherentes a cualquier proceso de planificación.

En América Latina, la adopción de la planificación estratégica en las instituciones públicas, particularmente en el ámbito de la salud, se dio durante los años setenta y ochenta. Sin embargo, esta adopción fue más técnica que crítica, centrada en la mejora de la eficiencia operativa y la gestión de recursos más que en la transformación estructural del sistema. Como subraya Villasana (2010), la planificación en estos contextos se despolitizó y se desvinculó de los procesos reales de construcción del poder público, transformándose en una herramienta funcional del gerencialismo neoliberal impulsado por organismos internacionales como el BID y la OPS.

Autores como Testa (1989) y Carlos Matus (1987, 1993) realizaron una crítica profunda al pensamiento estratégico dominante, que veía la planificación como un ejercicio neutral y técnico. Para Testa, la estrategia no es solo un medio para alcanzar metas predeterminadas, sino un proceso dinámico de disputa por el sentido de esas metas dentro de los contextos sociales y políticos. Matus, por su parte, plantea una visión política de la planificación, donde el planificador es un actor inmerso en un campo de fuerzas, enfrentándose a incertidumbre y contradicción. La realidad no es un dato objetivo que se pueda controlar, sino un problema a interpretar, disputar y transformar.

La obra de Carlos Matus fue crucial para sentar las bases de lo que más adelante se conocería como Planificación Estratégica Situacional (PES). Su propuesta desafía la visión tradicional de la planificación como un proceso lineal y fijo, y la reemplaza por un enfoque iterativo y flexible. La PES se caracteriza por su énfasis en la dinámica del contexto, la recursividad de las acciones y la necesidad de intervenciones estratégicas que tomen en cuenta la variabilidad de las cir-

cunstancias sociales, políticas y culturales (Scarincio, 2010). Para Matus, la planificación debe ser un proceso continuo, donde la acción y la reflexión se combinan para ajustar y redefinir las metas en función de los cambios en el entorno.

A pesar de las críticas al modelo tradicional de planificación y de la necesidad de enfoques más dinámicos y situados, es importante comprender que la planificación estratégica ha contado históricamente con una estructura organizativa que sigue siendo utilizada en diversos contextos institucionales. Esta estructura, compuesta por elementos como la misión, la visión, los valores y las políticas institucionales, ha sido adoptada por organizaciones públicas y privadas como guía para ordenar su acción. Si bien estas herramientas han sido a menudo utilizadas de manera acrítica o como requisitos formales, también pueden resignificarse como soportes estratégicos cuando se articulan con procesos participativos, análisis contextual y principios ético-políticos. A continuación, se describen los componentes básicos de esta estructura clásica, a fin de analizar su potencial y sus límites desde una mirada transformadora.

2.2. Estructura de la planificación estratégica clásica

La planificación estratégica, en su formulación clásica, se estructura en torno a un conjunto de componentes fundamentales que permiten definir el rumbo institucional y orientar la toma de decisiones de manera coherente. Estos componentes —misión, visión, valores, políticas y directrices— han sido ampliamente adoptados tanto en el sector privado como en el público, incluyendo los servicios de salud. Su principal función es dotar a la organización de un marco orientador compartido, que articule principios, metas y estrategias Scarincio, (2010).

La misión representa el propósito esencial de la organización: define por qué existe, cuál es su razón de ser y cuál es su función en el contexto social en el que opera. En el ámbito

de la salud, puede vincularse con garantizar el derecho a la salud, promover el bienestar colectivo o contribuir a la equidad sanitaria, pero también, y en dirección contraria, podría vincularse al proceso de mercantilización de los servicios de salud, la liquidación de los Derechos Sociales, y un conjunto de aspectos relacionados al avance del neoliberalismo (Villasana, 2018). Su formulación debe reflejar una identidad institucional clara, sustentada en el compromiso con determinados fines sociales. Éste es un campo de tensiones que está en pleno desarrollo, y que determina el proceso de planificación.

La visión, por su parte, expresa la proyección futura deseada: ¿qué aspira a ser la organización en un determinado horizonte de tiempo? En los enfoques convencionales suele vincularse con eficiencia, liderazgo o posicionamiento, pero desde una perspectiva crítica —como la de Testa (1989)— puede entenderse como la construcción colectiva de un horizonte utópico que articule justicia, inclusión y transformación. La visión orienta el esfuerzo estratégico, da sentido a las decisiones y moviliza a los actores institucionales.

Los valores definen el marco ético y cultural sobre el cual se sustentan tanto la misión como la visión. Se trata de principios como la solidaridad, la equidad, la participación o la interculturalidad, que deben estar presentes no solo en el discurso, sino también en la práctica institucional cotidiana, nuevamente en contraste con el individualismo, la focalización, la desigualdad y la exclusión (Villasana, 2018). En palabras de Testa (1989), los valores operan como criterios normativos que orientan las decisiones incluso en condiciones de incertidumbre o conflicto.

Las políticas y directrices institucionales son las líneas generales de acción que guían el accionar organizacional. A diferencia de los objetivos operativos, estas políticas tienen un carácter estratégico y programático: permiten definir prioridades, orientar recursos y establecer marcos de actuación coherentes con la misión y la visión. Su función es mantener la coherencia interna del plan y facilitar su ejecución en contextos cambiantes.

Aunque estos componentes pueden parecer formales o procedimentales, su potencia reside en la capacidad de ser reinterpretados críticamente. Como señala Scarincio (2010), el peligro de convertir estos elementos en fórmulas vacías o de aplicar modelos prefabricados sin vínculo con la realidad concreta de la organización debe evitarse. En cambio, se debe apostar por una planificación que dialogue con los actores, los territorios y los conflictos, resignificando estos elementos como herramientas de construcción colectiva. Desde esta perspectiva, la estructura clásica de la planificación estratégica no debe descartarse, sino politizarse y territorializarse, de modo que contribuya a procesos de gestión transformadora, coherentes con los principios de la salud colectiva y la epidemiología crítica.

Si bien la estructura clásica de la planificación —con sus componentes como misión, visión, valores y políticas— ofrece herramientas útiles para organizar la acción institucional, su aplicación ha estado frecuentemente limitada por una comprensión tecnocrática y descontextualizada de la realidad. En muchos casos, estos elementos han sido utilizados de manera formalista, desconectados de los procesos políticos, de los actores sociales concretos y de las tensiones territoriales reales. Esta situación motivó en América Latina el surgimiento de propuestas críticas que cuestionaron el enfoque normativo de la planificación. Entre estas, destaca la obra de Carlos Matus, quien desarrolló una concepción alternativa profundamente vinculada con la acción política, la incertidumbre y el conflicto social. A continuación, se presentan sus principales planteamientos.

2.3. Carlos Matus y la crítica a la planificación normativa

La obra de Carlos Matus (1987) constituye un hito en el pensamiento latinoamericano sobre planificación. Economista y político chileno, Matus fue testigo de las limitaciones de la planificación tradicional en contextos de alta conflictividad

política y social, particularmente durante su experiencia como ministro en el gobierno del presidente Salvador Allende. Estas vivencias lo llevaron a elaborar una crítica radical a la planificación normativa, aquella que concibe el plan como una secuencia de decisiones técnicas, lineales, tomadas desde estructuras administrativas que se consideran neutras y exteriores a los conflictos del entorno.

En su libro *Adiós Señor Presidente* (1993), Matus denuncia la ingenuidad de creer que los gobiernos pueden actuar eficazmente sin reconocer su carácter de actores en un campo de poder, atravesado por tensiones, resistencias e incertidumbres. Para él, los gobiernos tradicionales planifican como si dispusieran de un sistema racional sin interferencias, cuando en realidad están insertos en estructuras contradictorias, con limitaciones de capacidad y con una débil construcción de gobernabilidad. Es lo que denomina “gobiernos sin actor”, es decir, administraciones que carecen de una estrategia consciente para modificar la correlación de fuerzas y transformar el estado de cosas.

Matus, (1987) también problematiza y cuestiona la idea de que el futuro puede ser previsto linealmente a partir del presente. A diferencia de la planificación normativa, que parte de una visión estática y optimizadora, su enfoque reconoce que el futuro es producto de la interacción de múltiples actores con intereses en conflicto, en un escenario cambiante e incierto. Desde esta perspectiva, planificar no es decidir lo que debe hacerse “desde arriba”, sino construir poder social y político para transformar una realidad compleja.

Uno de sus aportes más importantes es la noción del actor con proyecto: aquel que es consciente de su situación, de sus posibilidades y de sus adversarios, y que actúa estratégicamente para avanzar hacia una transformación. Este actor —que puede ser un gobierno, un movimiento social, una comunidad— no opera en el vacío, sino en una estructura de poder desigual. Por eso, la planificación no puede limitarse a la administración de recursos o al cumplimiento de metas, sino que debe ser una herramienta para intervenir en la co-

rrelación de fuerzas, identificar cuellos de botella y formular rutas tácticas y estratégicas para el cambio.

Además, Matus introdujo la idea de una gobernabilidad democrática: no aquella basada en el control autoritario o en la imposición técnica, sino en la capacidad de conducir procesos sociales de transformación con participación, legitimidad y eficacia política. Este concepto anticipa muchas de las discusiones actuales sobre democracia participativa, poder popular y gestión transformadora del Estado.

La crítica de Matus a la planificación normativa no solo desmonta sus supuestos tecnocráticos, sino que plantea la necesidad de desarrollar métodos de planificación adecuados a contextos reales, con actores reales, y en escenarios marcados por conflicto, incertidumbre y posibilidades de transformación. Esta perspectiva encuentra una fuerte afinidad con los principios de la salud colectiva y la epidemiología crítica, que también surgieron como respuestas al reduccionismo técnico y a la despolitización de los procesos de salud. Al igual que Matus, estos enfoques entienden que el análisis y la acción deben partir del reconocimiento del conflicto social, de las estructuras de poder y de la necesidad de construir estrategias emancipadoras situadas en los territorios. En la siguiente sección exploraremos cómo estas ideas y cuestionamientos se concretan metodológicamente en la propuesta de Planificación Estratégica Situacional (PES).

2.4. Articulación crítica entre la Planificación Estratégica Situacional, la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica

La Planificación Estratégica Situacional (PES), desarrollada por Carlos Matus, representa una ruptura epistemológica y metodológica con la planificación normativa tradicional. A diferencia de los enfoques lineales, tecnocráticos y despolitizados que conciben la planificación como un conjunto de decisiones técnicas tomadas en entornos estables, la PES parte de una visión situada, dialógica, y transformadora de

la realidad. En lugar de ver al planificador como un técnico neutro, lo concibe como un conductor político que actúa en escenarios complejos, atravesados por relaciones de poder y disputas sociales (Granda, 2009).

Matus sostiene que los problemas públicos no pueden abordarse con fórmulas cerradas ni con modelos universalistas, sino a través de procesos de interpretación crítica, construcción de alianzas y diseño colectivo de alternativas. Su aporte fundamental es la formulación de una metodología que incorpora la incertidumbre, la participación, el conflicto y la recursividad como elementos constitutivos de la planificación. Esta visión encuentra afinidad con los principios de la salud colectiva y la epidemiología crítica, que también entienden la realidad como una construcción histórica, social y estructural, atravesada por relaciones desiguales de poder.

2.4.1. Módulos de la PES desde una mirada crítica

La PES se estructura en cuatro módulos principales: explicativo, político, estratégico (o diseño de operaciones) y táctico-operativo. Cada uno de estos módulos responde a una lógica de intervención en planos diferentes de la realidad, pero interconectados entre sí de forma recursiva. Desde una perspectiva crítica, cada módulo no solo debe ejecutarse técnicamente, sino reinterpretarse desde los principios éticos y políticos que guían la acción transformadora en salud colectiva.

- *El módulo explicativo* no se limita al diagnóstico biomédico ni a los factores de riesgo, sino que busca comprender los procesos de determinación social de la salud y la vida. Analiza configuraciones históricas y estructurales que producen desigualdad, reconociendo a las comunidades como sujetos activos del diagnóstico.
- *El módulo político* reconoce que toda planificación implica correlación de fuerzas, actores con intereses en disputa y conflictos sociales. Desde la salud colec-

tiva, este módulo promueve la participación vinculante, el diálogo de saberes y la legitimidad de los sujetos colectivos como actores epistémicos y políticos.

- *El diseño de operaciones* (estratégico) implica construir colectivamente alternativas contextualizadas que no fragmenten el problema en sectores. La estrategia no es una receta, sino una construcción situada que debe respetar los principios de justicia social, equidad y sostenibilidad territorial.
- *El módulo táctico-operativo* se orienta a la implementación concreta, asegurando coherencia entre medios y fines. Desde la salud colectiva, la táctica debe evitar reproducir lógicas asistencialistas o fragmentadas, e incluir procesos dialógicos, evaluación participativa y monitoreo situado.

En la siguiente tabla se sintetizan estos módulos desde la perspectiva crítica de la salud colectiva y la epidemiología crítica:

Módulo de planificación (PES)	Pregunta orientadora	Articulación con la salud colectiva y la epidemiología crítica
1. Explicativo	¿Qué está ocurriendo? ¿Cómo se configura el problema?	Se analiza el proceso de determinación social desde una lógica histórica, estructural y territorial. La comunidad protagoniza el diagnóstico.
2. Político	¿Qué actores intervienen? ¿Qué correlación de fuerzas existe?	Se reconocen conflictos y relaciones de poder. La participación es vinculante y se disputan sentidos y prioridades.
3. Diseño de operaciones	¿Qué hacer colectivamente? ¿Cómo transformar la situación?	Se construyen acciones con base en diálogo de saberes y alternativas integrales, no sectoriales.
4. Táctico-operativo	¿Cómo ejecutar de forma coherente, eficaz y justa?	Las acciones son contextualizadas, evaluadas colectivamente y orientadas a transformación social, no solo al cumplimiento técnico.

Fuente: elaboración propia (2025).

2.4.2. Planificación táctica y operativa desde una perspectiva situada

La planificación táctica constituye el puente entre la estrategia y la acción, y se enfoca en el mediano plazo (1-2 años). Su función es traducir los grandes objetivos estratégicos en metas específicas y alcanzables para áreas, programas o unidades organizativas. Mientras la estrategia define el horizonte político e institucional, la táctica organiza los pasos intermedios necesarios para avanzar hacia él.

En contextos sanitarios, esto implica ajustar estructuras organizativas, reorganizar recursos humanos, priorizar líneas programáticas o reorientar servicios para responder a desafíos concretos (Nacke & Cellucci, 2013). Por ejemplo, si la estrategia nacional prioriza la equidad territorial en el acceso a la salud, la táctica puede establecer la redistribución de profesionales sanitarios hacia zonas excluidas, o diseñar planes de formación y retención comunitaria. También puede implicar la readecuación funcional de centros asistenciales, la integración intersectorial con políticas sociales o el desarrollo de protocolos adaptados a las condiciones socio-territoriales.

Desde la salud colectiva, se exige que la táctica no reproduzca lógicas fragmentadas, verticales o puramente tecnocráticas, sino que mantenga la coherencia con el enfoque de derechos, participación y justicia social definido en la estrategia. Por tanto, debe incluir procesos dialógicos con los actores locales, reconocer los saberes comunitarios y ajustar sus metas de manera flexible y contextualizada.

Por su parte, la planificación operativa es el nivel más inmediato y tangible de la planificación. Se encarga de diseñar, ejecutar y ajustar las acciones concretas que materializan las metas tácticas, en períodos cortos de tiempo (semanales, mensuales o anuales). Define tareas, plazos, recursos necesarios, responsables directos, lugares de ejecución y mecanismos de seguimiento.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, la planificación operativa no debe verse como una simple ejecución técnica, sino como una acción situada, crítica y con potencial transformador. Esto implica preguntarse: ¿las acciones concretas responden a las prioridades reales del territorio? ¿Fortalecen la participación de los sujetos colectivos? ¿Reproducen prácticas asistencialistas o abren camino a la autonomía comunitaria?

En este nivel, se vuelve crucial incluir herramientas como el monitoreo participativo, la evaluación dialógica y los ajustes continuos desde la experiencia territorial, asegurando que el hacer cotidiano esté alineado con los principios éticos y políticos definidos en los niveles superiores de planificación.

2.4.3. La planificación situada como práctica transversal

La planificación situada o situacional es transversal, dinámica y profundamente contextual. Se activa especialmente ante eventos críticos, emergencias o condiciones inestables que desafían los planes preestablecidos (Matus, 1993). Durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, fue indispensable para reorganizar recursos, modificar protocolos y adaptar decisiones en tiempo real, de acuerdo con las transformaciones sociales, sanitarias y políticas del entorno.

Desde una perspectiva crítica, la planificación situada no es solo una respuesta técnica. Es una herramienta política para intervenir en procesos sociales complejos y conflictivos. Matus (1993) explica que la realidad se desenvuelve simultáneamente en tres planos: el plano de los hechos (realidad objetiva), el plano de los actores (realidad social) y el plano de las explicaciones (realidad subjetiva). Por eso, planificar implica intervenir en todos estos niveles, no solo con datos técnicos, sino con comprensión histórica, disputa de sentidos y construcción de poder colectivo.

En este orden de ideas, los enfoques de la salud colectiva y la epidemiología crítica están completamente inmersos y potenciados en la PES, siempre que esta se utilice como herramienta de transformación social y no como instrumento tecnocrático. La salud colectiva no se reduce a organizar servicios de salud, sino que comprende la salud como un proceso social, histórico y político profundamente influido por las estructuras de poder, producción y exclusión. La PES, cuando se asume desde esta mirada, se convierte en una vía estratégica para la construcción del cuidado colectivo, ético y emancipador.

2.5. Metodología crítica y herramientas participativas en el módulo explicativo de la PES

Desde el planteamiento de la epidemiología crítica, la salud colectiva puede valerse de herramientas como la PES, siempre que estas se resignifiquen desde una lógica crítica, descolonizadora y participativa, que contribuya a democratizar la producción del saber y de las decisiones en salud. La epidemiología crítica rompe con el modelo tradicional positivista de “factores de riesgo individuales” y propone: analizar los procesos de determinación social de la salud en su complejidad (estructuras económicas, condiciones laborales, políticas públicas, etc.); (Breilh, 2013), comprender que los datos no son neutrales, sino que deben ser contextualizados históricamente y políticamente; y vincular el análisis epidemiológico con la acción política transformadora.

En el marco de la PES, el enfoque de la epidemiología crítica encuentra un espacio especialmente fértil en el módulo explicativo, siempre que este se desarrolle desde una lógica participativa, descolonizadora y situada. A diferencia de herramientas convencionales como el árbol de problemas, ampliamente utilizada en la planificación técnica, la salud colectiva y la epidemiología crítica proponen metodologías que expresan su marco epistemológico y político. El árbol de problemas tiende a despolitizar las causas profundas, redu-

ciéndolas a factores individuales o aislados, sin considerar las estructuras sociales, históricas y políticas que configuran la situación.

Entre las herramientas coherentes con esta mirada crítica destacan:

1. **Diagnóstico participativo:** Construye conocimiento desde abajo, incorporando las voces, memorias y experiencias de las comunidades. Aporta protagonismo a los sujetos colectivos en la interpretación y transformación de su entorno. Breilh (2013) respalda estas prácticas al reivindicar el papel activo de los pueblos en la producción del conocimiento y en la lucha por la salud como derecho colectivo.
2. **Cartografía social:** Visualiza espacialmente los procesos sociales que inciden sobre la salud. Casallas-Murillo (2017) la interpreta como una práctica colectiva que visibiliza disputas territoriales, prácticas de resistencia comunitaria y condiciones estructurales de exclusión. Feo Istúriz y Basile (2024) agregan que el territorio debe leerse como espacio social donde se entrelazan clase, etnia, género y saberes comunitarios. Territorio entendido y vivido como proyecto de vida en la dimensión del Poder y la "reterritorialización"; construido colectivamente desde la re-apropiación simbólica y material de un lugar o base espacio-material de Poder fundado en la Solidaridad, dinámico, en tensión – transformación (Villasana, 2022).
3. **Monitoreo estratégico participativo:** Permite evaluar y ajustar acciones en tiempo real, priorizando el aprendizaje colectivo, la co-gestión transformadora y la transparencia. Nacke & Cellucci (2013) enfatizan que este monitoreo rompe con el control vertical y favorece el empoderamiento comunitario como expresión de poder popular.

Tabla N° 2. Articulación de la PES con los enfoques de la Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica

Elemento	Enfoque tradicional	PES + Salud Colectiva + Epidemiología Crítica
Problema de salud	Causa individual o biomédica	Resultado de determinaciones sociales complejas
Participación comunitaria	Marginal o simbólica	Central: sujeto colectivo planificador
Actor técnico	Decide por la población	Dialoga, escucha y comparte poder con la comunidad
Datos	Neutros, cuantitativos	Interpretados críticamente y con mirada histórica, política y cultural
Objetivo de la planificación	Eficiencia organizacional	Transformación social, justicia y derecho a la salud

Fuente: elaboración propia (2025).

Así, frente a un fenómeno como un brote de dengue, la epidemiología crítica no se limita a registrar casos o analizar factores ecológicos. Se pregunta cómo las formas de vida urbanas, las lógicas de despojo territorial, la ausencia del Estado y las relaciones de poder estructuran las condiciones para la reproducción del vector y la vulnerabilidad social. Este enfoque convierte al análisis en una herramienta de organización popular, de disputa del sentido del problema y de reconstrucción del poder colectivo sobre los territorios y la vida.

2.6. Relación entre PES, salud colectiva y epidemiología crítica

La Planificación Estratégica Situacional (PES), en tanto herramienta metodológica y política, encuentra un campo fértil de aplicación y resignificación dentro de los marcos críticos de la salud colectiva y la epidemiología crítica. Lejos de ser

un modelo tecnocrático, la PES permite —cuando se asume desde una perspectiva emancipadora— articular procesos de diagnóstico, análisis político y acción transformadora en territorios marcados por la desigualdad, la exclusión y la resistencia popular. Los análisis realizados por autores como Breilh (2013) relacionados con la epidemiología crítica y por Feo Istúriz y Basile (2024) relacionados con la atención y con el cuidado a la salud, nos permiten reconocer cómo la planificación en salud no puede seguir reducida a mecanismos administrativos o normativos. En cambio, debe articularse con los principios éticos y políticos que orientan la defensa del derecho a la vida digna. La PES, cuando se resignifica desde estas claves, se transforma en un dispositivo potente para el ejercicio del cuidado colectivo, la justicia territorial y la acción situada.

Uno de los momentos más significativos de esta articulación ocurre en el módulo explicativo de la PES, el cual, desde la perspectiva de la epidemiología crítica, deja de ser una herramienta de diagnóstico técnico para convertirse en un espacio de comprensión dialéctica de la realidad. En lugar de identificar factores de riesgo individuales, se analiza el proceso de determinación social de la salud, es decir, las configuraciones históricas, políticas, económicas, culturales y ambientales que producen las condiciones de vida y muerte de las comunidades. Este enfoque reconoce que los datos no son neutrales y que deben ser contextualizados históricamente y políticamente. La epidemiología crítica aporta la noción de estructuras de dominación —capitalismo, colonialismo, patriarcado— como causas profundas de la desigualdad sanitaria. De este modo, el diagnóstico se transforma en una acción política que permite visibilizar las injusticias, fortalecer la conciencia crítica y orientar la acción transformadora desde los territorios.

En consecuencia, la PES, cuando se articula con la salud colectiva, replantea el sentido del módulo político. Este ya no puede entenderse como una instancia puramente instrumental, sino como el espacio en que se configuran las relacio-

nes de poder que atraviesan la planificación. Lejos de concebir la participación como consulta simbólica o validación de decisiones tomadas desde arriba, se reconoce a los sujetos sociales como actores epistémicos y políticos, con capacidad legítima para disputar el sentido de los problemas, las prioridades de acción y las rutas de transformación. Esta visión se alinea con los principios de democracia radical, poder popular y construcción colectiva del cuidado, proponiendo una participación que no solo ejecuta políticas, sino que las construye, las delibera y las resignifica desde las experiencias y saberes territoriales.

Una de las traducciones comunitarias más significativas del enfoque de planificación estratégica situacional (PES) es el **Método Altadir de Planificación Popular (MAPP)**. Esta experiencia, surgida desde las prácticas de base en América Latina, adapta y resignifica principios clave de la PES —como el análisis de actores, la interconexión de módulos y la visión estratégica— para ponerlos al servicio de los movimientos sociales, las organizaciones comunitarias y los procesos territoriales de salud. El MAPP integra el análisis político con metodologías participativas, incorpora la dimensión educativa como eje transversal, y promueve la construcción de agendas colectivas desde el protagonismo popular (Matus, 2021).

Como señala Matus (2021), este método se diseñó para que actores sociales sin formación técnica pudieran intervenir de manera organizada en la política, a través de procesos colectivos de diagnóstico, formulación de propuestas y acción estratégica. Con el tiempo, su aplicación se amplió y profundizó, articulándose con la propuesta de la PES, que sugiere combinar diferentes métodos de planificación para abordar de forma coherente los niveles de alta dirección, gerencia intermedia y acción operativa en la base. En contextos sanitarios, este enfoque permite que las comunidades no solo participen en la ejecución de planes, sino que también sean actores centrales en su formulación, conducción y evaluación. Planificar no debe hacerse para la gente, sino desde y con la gente, convirtiendo la planificación en un acto de pe-

dagogía política, generación de poder popular y construcción de un futuro compartido.

En definitiva, la articulación entre la PES, la salud colectiva y la epidemiología crítica no es solo posible, sino urgente en los actuales contextos de crisis civilizatoria, desigualdad y violencia estructural. La PES, resignificada desde una ética del cuidado y una política de la vida, se convierte en una herramienta clave para disputar el sentido de la planificación, reconectar el saber técnico con los saberes populares y acompañar las luchas territoriales por la salud como derecho colectivo y como bien común. Bajo esta mirada, la planificación deja de ser un ejercicio técnico-administrativo para convertirse en una práctica política, situada y emancipadora.

Consideraciones finales

La planificación en salud, lejos de ser un proceso técnico y neutral, constituye un campo profundamente político, donde se disputan sentidos, prioridades y formas de organización de la vida colectiva. Este capítulo ha explorado cómo la salud colectiva y la epidemiología crítica ofrecen marcos epistémicos y ético-políticos para resignificar la planificación estratégica, en particular mediante el uso transformador de la Planificación Estratégica Situacional (PES). En este recorrido, se ha evidenciado que planificar desde estos enfoques implica desafiar la lógica tecnocrática y gerencial que ha marcado históricamente la intervención sanitaria, y recuperar la planificación como práctica situada, deliberativa y emancipadora.

A lo largo del capítulo, se contrastaron las herramientas de gestión hegemónicas —como el marco lógico— con metodologías críticas, participativas y contextualizadas, como el diagnóstico participativo, la cartografía social y el monitoreo estratégico. Además, se destacó el papel de los sujetos colectivos como protagonistas en la producción del conocimiento y en la construcción de las respuestas sanitarias, posicionan-

do la planificación como un espacio de disputa por la justicia territorial, la dignidad y el derecho a la salud.

Más que cerrar un debate, lo aquí desarrollado busca abrir procesos de reflexión y acción para quienes gestionan, enseñan o participan en la planificación en salud. En un tiempo atravesado por crisis estructurales y desafíos civilizatorios, urge reconstruir los sentidos de lo público desde una planificación que no administre la vida, sino que la defienda, la dignifique y la cuide colectivamente.

Bibliografía

Birn, A.-E., Nervi, L., & Siqueira, C. E. (2016).

Neoliberalismo, políticas de salud y crisis de la salud pública en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 40(2), 110-116.

Breilh, J. (2013).

Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2013).

La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.

Camisaza, E., Guerrero, M., & de Dios, R. (2001).

Planificación estratégica. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11997/16826>

Casallas-Murillo, Ana Lucía. (2017).

La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>

Fayol, H. (1916).

Administration industrielle et générale. Paris: Dunod.

Feo Istúriz, O., Rodrigues, A. M., Saavedra, F., Quintana, J., & Alcalá, P. (2020).

Crisis civilizatoria: Impactos sobre la salud y la vida (Dossier de salud internacional Sur Sur, No. 6). FLACSO República Dominicana; *IDEP Salud*. <http://biblioteca.clacso.org/clacso/gt/20201106101258/VI-Dossier-GT-SISS-2020.pdf>

Feo Istúriz, O., & Basile, G. (2024).

Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 23, 1–20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.tmac>

Feo Istúriz, O., & Basile, G. (2024).

Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.tmac>

García, C. (2017).

Perspectivas histórico-sociales del paradigma de la salud. *Revista Con-Ciencia*, 5(2), 63–77.

García, S. (2017).

Salud colectiva: Un campo en construcción. *Salud Colectiva*, 13(2), 147-159.

Granda Ugalde, E. (2009).

La salud y la vida. V O L U M E N 1. Quito, marzo 2009. Disponible en <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida.pdf>

Laurell, A. C. (2015).

La reforma de la salud en América Latina. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(2), 191–206.

Laurell, A. C. (2015).

Políticas de salud en América Latina: El giro neoliberal. *Cuadernos de Salud Pública*, 31(1), 12-25.

Laurell, A. C. (2010).

Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Social Medicine*, 5(1), 79–88. Recuperado a partir de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403>

Matus, C. (1987).

Política, planificación y gobierno. ILPES/CEPAL.

Matus, C. (1993).

Adiós Señor Presidente: gobernabilidad, planificación y democracia. Caracas: Nueva Sociedad.

Matus, C. (2021).

Método Altadir de planificación popular (1.ª ed. rev.). Universidad Nacional de Lanús. https://www.unla.edu.ar/uploads/cuadernos_del_isco/cuaderno18-metodo-altadir.pdf (si deseas agregar la URL, si no se incluye, también es válida como referencia impresa en PDF)

Meinardi, E. (2021).

Salud pública versus salud colectiva: hegemonía o construcción social. *Revista de Educación en Biología*, (Número Especial), 12.

Meinardi, J. (2021).

Salud colectiva: Perspectivas y desafíos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12(48), 34-39.

Mintzberg, H. (1997).

El proceso estratégico. México: Publicaciones Ejecutivas de México.

Nacke, M., & Cellucci, M. (2013).

La planificación estratégica: herramienta para la transparencia y la rendición de cuentas en el gobierno local (Documento de trabajo N.º 107). Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Perea Arias, Ó. D. (2018).

Plan estratégico del tercer sector de acción social: Guía de planificación estratégica en ONG de acción social. Plataforma de ONG de Acción Social. <https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2018/10/guia-de-planificacion-estrategica-en-ong-de-accion-social.pdf>

Tejada de Rivero, D. (2018, 6 de septiembre).

Entrevista al Dr. David Tejada de Rivero, Coordinador General de la Conferencia Alma-Ata de 1978. Unidad de Telesalud - UTS.

Testa, M. (1989).

Pensamiento estratégico y lógica de programación: herramientas para el análisis de políticas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Testa, M. (1989).

Pensamiento estratégico y lógica de programación: herramientas para el análisis de políticas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Villasana López, P. E. (2010).

De Alma Ata a Barrio Adentro: una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en salud Venezuela. En J. Levy & M. Malo (Eds.), *De la participación en salud a la construcción del poder popular: experiencias para el debate* (pp. 31–70). Ministerio del Poder Popular para la Salud, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon".

Villasana, P. Gómez, R. De Vos, P. (2018).

"Aproximación crítico-hermenéutica a la noción de bienestar en el marco del neoliberalismo." *Utopía y Praxis Latinoamericana*. año: 23, n.º. 83 (octubre-diciembre), 2018, pp.148-164, revista internacional de filosofía y teoría social cesa-fces-universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. ISSN 1315-5216 / ISSN-E: 2477-9555. Disponible en <https://eresearch.qmu.ac.uk/handle/20.500.12289/9575>

Villasana, P. (2022).

"Acerca de la noción de territorio. Una contribución a las epistemologías del sur. *Comunidad y Salud* Año 2022; 20(2) Jul-Dic Online ISSN 2665-024x - Print ISSN 1690-3293. Disponible en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>

ACERCA DE LOS AUTORES

JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>



Ingeniero Químico con Doctorado en Ciencias Gerenciales, Maestría en Gerencia Ambiental y Posdoctorado en Salud Colectiva por la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC). Especialista en Gestión en Salud Pública, Métodos y Técnicas para la Investigación en Ciencias Sociales, y Epistemologías del Sur. Docente asociado de la Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo

Chávez Frías” y docente invitado en el Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Carabobo, ambas en la República Bolivariana de Venezuela. Miembro asociado de REDSACSIC. Líneas de investigación: Salud Colectiva, Ecología Política, Epistemología de la Salud y Entornos Virtuales de Aprendizaje.

PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ

ORCID ID 0000-0001-8713-820.



67 años, venezolano, Médico, MSc Sistemología Interpretativa, Phd. en Ciencias Médicas, Postdoct en Salud Colectiva, Postdoct en Educación para la Salud Sexual. Especialista en Salud Pública y en Salud Ocupacional. Investigador y Docente de Pregrado y Postgrado. Académico Investigador, Departamento de Salud Universidad de los Lagos, Chile,

Académico Investigador Universidad de Carabobo, Venezuela, Profesor Invitado Instituto de Altos Estudios en Salud y del Doctorado en Estudios del Desarrollo Universidad Bolivariana de Venezuela. Fundador de la Red de Investigación, Docencia y

Extensión en Salud para América Latina, IDESAL. Investigador Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludables CIES, Chile. Líneas de trabajo: Epistemología de la salud, políticas públicas, sistemas de salud. Correo: pedro.villasana@ulagos.cl

DONOVAN CASAS PATIÑO

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>



Posdoctor en Antropología Social. Posdoctor en Salud Colectiva. Posdoctor en Antropología Médica. Posdoctor en Políticas Públicas. Doctor en Ciencias en Salud Colectiva (UAM-X). Maestro en Población y Salud (UAM-X). Especialista en Medicina Familiar (IMSS). Médico Cirujano (UNAM). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel II) por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI). Perfil PROMEP SEP. Profesor de la Universidad Autónoma del Estado de México (CU Amecameca). Líder del Cuerpo Académico “Nutrición, Educación y Salud Colectiva” UAEMEX 277. Presidente de la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSAC-SIC). Línea de Generación del Conocimiento: Salud Colectiva.

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y PRÁCTICAS COTIDIANAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN
DONOVAN CASAS PATIÑO
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ



FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS Y PRÁCTICAS COTIDIANAS PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD COLECTIVA

JUAN VICENTE QUINTANA ADRIÁN
DONOVAN CASAS PATIÑO
PEDRO ENRIQUE VILLASANA LÓPEZ



Primera Edición: Octubre 2025
Diseño de portada: María Elisa Salazar Moya

© Juan Vicente Quintana Adrián
© Donovan Casas Patiño
© Pedro Enrique Villasana López
© Castellanos editores, S.A. de C.V.

Agradecemos el apoyo de la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" -Venezuela-, a la Universidad Autónoma del Estado de México -México-, a la Universidad de los Lagos -Chile-, a la RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural [REDSACSIC] y al Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva, que nos han permitido ampliar los horizontes del conocimiento y su internacionalización.

ISBN: 978-607-5923-21-5

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de la presente obra, por cualquier medio impreso, electrónico, auditivo, con la autorización por escrito de los editores y el titular de los derechos y citando la fuente.

La presente edición fue sometida a dictamen por el Consejo Editorial, en la modalidad de pares ciegos, siendo aprobada para publicarse y comercializarse.

Hecho en México