

Astrolabio. Revista internacional de filosofía
Año 2017 Núm. 20. ISSN 1699-7549. pp. 47-63

El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte¹

María Graciela de Ortúzar²

**Dedicado a la memoria de Anabela Viollaz,
quien -con su gran sonrisa- nos invita a pensar un nuevo horizonte...
desde lo alto de “la Alborada” ...*

Resumen: La presente investigación busca esclarecer, en primer lugar, el solapado desplazamiento del poder en la esfera de la salud. Se trata de mostrar, desenmascarando el paradójico uso de los conceptos de “gobernanza en salud”, “participación” y “empoderamiento”; la silenciosa privatización del poder político en salud a partir de la crítica del Estado de Bienestar (“Gobernanza sanitaria del Banco Mundial” vs. “gobernanza reflexiva en América Latina”). En segundo lugar, se propone repensar la relación entre la salud y el poder desde su diversidad y complejidad; pero suponiendo como condición inexorable la igualdad. En este camino se sugiere ampliar el mismo concepto de salud hacia lo colectivo, lo intercultural, lo ambiental (incluyendo las generaciones futuras). Este concepto de salud se vincula también con el poder popular, expresado en diversas formas de organización colectiva para luchar contra las enfermedades endémicas y los determinantes sociales regionales. En términos generales, se trata de defender una concepción de salud social, colectiva e intercultural que permita la conjunción de nuevas formas de poder, las cuáles suponen: a- la recuperación del Estado Social de Bienestar y el reconocimiento constitucional de nuevos derechos (derechos de la naturaleza y derechos de diversidad) para la construcción de políticas de salud en sentido amplio, interculturales e interinstitucionales; y, b- la articulación de las citadas políticas públicas distributivas con la representación de los afectados desde condiciones de igualdad, reconociendo sus derechos en pos del “empoderamiento colectivo” de la salud, incluyendo también a las generaciones futuras.

Palabras claves: 1-gobernanza en salud; 2-privatización del poder estatal; 3- poder popular y salud intercultural; 4- responsabilidad social; 5-determinantes sico sociales; 6. derechos de la naturaleza; 7. derechos de generaciones futuras.

¹ Este trabajo es una versión ampliada de la Ponencia “Un análisis crítico de los desplazamientos del poder en el campo de la salud pública”, aceptada en las XIII *Jornadas Desplazamientos de poder y la crítica*, Universidad de Barcelona, 2016. La misma se enmarca bajo los siguientes proyectos: 1. Proyecto I+D del CONICET; Proyecto PIP 0056; Proyecto J 150; y H766 de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

² Doctora en Filosofía por la Universidad Nacional de La Plata -UNLP-; Profesora Adjunta Ordinaria de Ética de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral -UNPA-; Profesora Adjunta Ordinaria de Filosofía del Derecho, UNLP; Profesora Adjunta de Seminarios de Ética Aplicada, UNLP. Es Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas -CONICET-, Argentina. Dirige proyectos grupales en la UNLP. Dirección de e-mail para contactos: mariagracielaideortuzar@gmail.com

³ “La Alborada”, además de ser el tiempo del alba -cuando todo vuelve a comenzar-, es también una Biblioteca Popular situada en la ciudad de La Plata, Argentina, donde se encuentra la Sala de Lectura Anabela Viollaz, a quien dedico el trabajo.

Abstract: The aim of this work is to clarify, in the first place, the surreptitious shift of power in public health within the context of the present information society. This critical analysis about the paradoxical use of the concept of governance in health care (World Bank vs. reflexive governance in Latin America) shows how both models cover up the same privatization of political power. Furthermore, it intends to propose paths towards revisiting the connection between health and power from the perspective of its diversity and complexity, albeit presuming equality as an inexorable condition. Along this path, it suggests widening the notion of health to include the collective, inter-culture, the environment and future generations. This novel notion of health is connected to popular power, articulated in collective methods of organization against endemic illnesses and regional social determinants. In general terms, the aim is to defend a collective and inter-cultural notion of health that will permit connecting new and diverse styles of power, under equal conditions, which presume: a- recovering the Social Welfare State and acknowledging new rights in the Constitution (*e.g.* rights of nature and rights of diversity) that will require health care policies, intercultural and inter-institutional; and b- articulating those distributive public policies with representation of all concerned, acknowledging their rights, their popular power and social capital, aiming at the collective empowerment of every person's health, including intergenerational health.

Keywords: 1. Governance in health; 2. Privatization of the power of the State; 3. Popular power and intercultural health; 4. Social responsibility; 5. Psychosocial determinants; 6. Rights of nature; 7. Rights of future generations.

I. LA SOLAPADA PRIVATIVAZACIÓN DEL PODER EN SALUD⁴

El análisis crítico del desplazamiento del poder en salud nos conduce –inexorablemente– al cuestionamiento del concepto de “gobernanza en salud”. Para avanzar en esa dirección, resulta pertinente comenzar por definir qué es la “gobernanza”, e investigar cómo surge históricamente el citado modelo. La gobernanza nace, precisamente, en el momento de pleno apogeo de la crítica al Estado de Bienestar: “*The crisis of democracy*”; en “*Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*” (1975)- (“Informe sobre la Gobernabilidad de las Democracias de la Comisión Trilateral, La crisis de la Democracia”)⁵. Según Camou⁶, «la enseñanza histórica, de la mentada crisis de la de-

⁴ Véase al respecto las “Condiciones para la gobernanza en la Sociedad del Conocimiento, democrática y deliberativa”; debatidas en el *VI Congreso de Relaciones Internacionales*, 2012, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional de La Plata -UNLP-, http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/40206/Documento_completo.pdf?sequence=1 (Sitio visitado 20/03/17).

⁵ De acuerdo a Crozier et. al.: «The Trilateral Commission was formed in 1973 by private citizens of Western Europe, Japan and North America to foster closer cooperation among these three regions on common problems. It seeks to improve public understanding of such problems [...] and to nurture habits and practices of working together among those regions» («La Comisión Trilateral fue formada en 1973 por ciudadanos de Europa Occidental, Japón y América del Norte para promover una cooperación más cercana entre estas tres regiones sobre sus problemas comunes. Procura mejorar la comprensión pública de tales problemas [...] y fomentar hábitos y prácticas de

mocracia, refiere a que los gobiernos democráticos de Europa no eran eficaces o eficientes en su desempeño, generando un estado de peligroso desequilibrio entre el aluvión de demandas y la capacidad de los gobiernos para responder a las mismas de manera satisfactoria. Dicho de otro modo, había gobernación (que era democrática), pero el problema era su calidad, su estado o su eficacia (*governability*).» Ahora bien, de acuerdo al citado autor, «como la historia de América Latina se encuentra signada por dictaduras; no podría sostenerse que existen problemas de (in)governabilidad apelando a la *eficacia o a la calidad* de su gobierno». ⁷ No obstante su inaplicabilidad a nuestra región, esta crítica al Estado de Bienestar fue extrapolada a América Latina en la década del '80. Este discurso constituyó el antecedente clave para la posterior implementación de políticas de ajustes por el Banco Mundial (volveré sobre este punto más adelante).

En lo que respecta a salud, la *governanza en salud* significa –según explica Mayntz (2001 y 2006)– la transformación de un sistema de control jerárquico tradicional a un modelo horizontal de toma de decisiones compartidas. Este último se presenta como una nueva forma de hacer política, en la que participan una pluralidad de actores e instituciones, públicas y privadas. La responsabilidad de definir políticas públicas no sería solo de los ciudadanos participativos y del Estado. Al incorporar formas de participación directa en los procesos de decisiones en salud, tanto individual (decisiones por participación activa del paciente) como colectivas (decisiones sanitarias por participación de representantes de asociaciones de pacientes), el citado modelo pretende garantizar una redistribución democrática del poder en el sistema sanitario.

El mismo ha sido aplicado en diferentes sistemas de salud de Estados Unidos y Europa durante los últimos años, como también ha sido extrapolado –con sus varian-

trabajo conjunto entre esas regiones»). Sobre este punto, me interesa resaltar que el concepto “*private citizen*”, traducido aquí como ciudadano, es definido *como aquel ciudadano que no ocupa ninguna posición pública, oficial*. Sin embargo, en los tiempos presentes es justamente el “ciudadano empresarial” el que conquistará el “poder público” del Estado, privatizando el mismo, con sus consecuentes costos institucionales (volveré sobre este punto más adelante). Véase Crozier, M; Huntington, S; Watanuki, J (1975), *The Crisis of Democracy. Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*, New York, New York University Press, Primera Página. Recuperado de: http://trilateral.org/download/doc/crisis_of_democracy.pdf (La traducción es mía). (Visitado 20/03/17)

⁶ «Cuando los autores trilaterales apelaron al vocablo *governability* para encuadrar los problemas emergentes en los países del capitalismo desarrollado hacia mediados de los años setenta, trataron de introducir un término que no se confundiera con otros de uso más asentado en el lenguaje político de entonces. En principio, los gobiernos de los países centrales no tenían problemas clásicos de estabilidad política, la cual había sido básicamente referida a la capacidad de un régimen político para sobrevivir en el tiempo ante cambios procedentes de su entorno; ni tenían tampoco problemas de gobernación en el sentido de dificultades para establecer gobiernos...». Véase CAMOU, A (2000), “Tres miradas sobre la (in) gobernabilidad: eficacia, legitimidad y estabilidad política”, Parte II; en : <http://www.antonioacamou.com.ar> (Visitado 20/03/17)

⁷ «Allí donde ni siquiera había gobernación, esto es, relaciones básicas de dominación política eficaces y legítimas, había poco espacio para el análisis más sutil de la calidad del ejercicio del gobierno. Por tal razón, no es casual que, cuando en buena parte de América Latina se habla de problemas de (in)governabilidad, se piensa casi automáticamente en que falta establecer las condiciones mínimas para el ejercicio del gobierno y el respeto de la autoridad gubernamental por parte de fuerzas y actores que no reconocen reglas básicas de convivencia política (governación)». *Idem*, Parte II.-

tes- a nuestra región (de Ortúzar, 2014 y 2016). Este modelo concibe a la ciudadanía como “nueva ciudadanía activa”, conquistada: a- por una mayor preparación y sofisticación de los ciudadanos por la incorporación de nuevas tecnologías o “ciberdemocracia” (Tsaganourious, 1998); y, b- por la exigencia de nuevos procesos decisionales más complejos. En Europa, por ejemplo, la “Declaración de Barcelona” (2003)⁸ plantea la necesidad de fomentar la democratización de la información y las decisiones en salud, si bien sus objetivos no se reducen simplemente a la citada ciberdemocracia.⁹

La gobernanza en salud descrita anteriormente postula, en realidad, un modelo sanitario participativo “ideal”; no examinando ni explicitando las condiciones necesarias y suficientes para su aplicación. Entre las condiciones que el modelo debería garantizar, se encuentran: a- la necesaria superación de la clásica asimetría de la información entre el profesional y el paciente (Arrow, 1963); b- la indispensable alfabetización sanitaria general (capacidad de las personas para obtener y entender la información básica de la salud y de los servicios sanitarios que necesitan para tomar decisiones apropiadas); c- la eliminación de la brecha digital, social y sanitaria, propia de regiones con escaso desarrollo tecnológico; d- la igualdad social (condiciones materiales) y la responsabilidad social en salud (políticas públicas para promover el derecho a la salud); e- la importancia de evaluar el contexto específico intercultural de su aplicación.

Este modelo ideal, así planteado, legitima la reproducción de las mismas desigualdades estructurales. Al mismo tiempo que se presenta como un elemento para mejorar la calidad de atención, permite que los gestores sanitarios y los grupos empresariales que detentan el poder tomen las supuestas decisiones “compartidas”. En este sentido, al igual que el concepto de gobernanza, se confunde aquí la gobernanza en salud con su gobernabilidad (legitimidad). Las decisiones sanitarias “legitimadas” solo refuerzan las injusticias de base. Por ejemplo, la defensa a ultranza de la autonomía individual en salud ignora el problema de la interculturalidad; al desconocer el derecho de las comunidades indígenas a ejercer el consentimiento comunitario (decisiones comunitarias) y su principio de disidencia -derecho a no consentir- (Ej. “Declaración de

⁸ Véase *Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes -Decálogo de los Pacientes*, 2003. Recuperado en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaraciones%20nacionales/dec%C3%A1logo%20de%20los%20pacientes.pdf> (Visitado 20/03/17). “Principios: 1- Información plural y de calidad contrastada; 2. Decisiones centradas en el paciente; 3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado; 4. Relación médico paciente basada en el respeto y la confianza mutua; 5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales; 6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria; 7. Democratización formal de las decisiones sanitarias; 8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria; 9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos; 10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes”.

⁹ Para la ampliación de este tema véase de Ortúzar, M.G (2014), “Gobernaza y Gobernanza en salud: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?”, *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política* No 5, ISSN 2014-7708, p.p.63-86, <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/article/view/10874> (Visitado 20/03/17); y de Ortúzar, M.G (2015); “¿Equidad y gobernanza en salud?... Pensar lo Propio”, *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, ISSN 0328-5634, Año 19, Nro 37-38; <http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/03/Perspectivas-Bioeticas-37-38.pdf> (Visitado 20/03/17)

Ukupseni”, 1997)¹⁰. El vertical mandato monocultural del “consentimiento informado individual” con fines legalistas –evitar juicios de mala praxis– es uno de los tantos ejemplos de por qué dicho modelo no es participativo ni democrático. Más allá de sus declaraciones, este modelo habilita al sector empresarial más poderoso (por ejemplo, laboratorios) a tomar “decisiones públicas”; alegando conocimiento científico y beneficio social en la selección de la tecnología aplicadas a salud; encubriendo sus fines lucrativos, comerciales y privados.¹¹ Conceptos tradicionales como “participación” y “empoderamiento” son re-significados por sectores privados y organismos internacionales –Banco Mundial–; creando modelos sanitarios muy lejanos a favorecer lo público y el desarrollo comunitario de la región.

Indagando sobre la historia del modelo en América Latina¹²; esta nos retrotrae a la década del ’90, momento en que el Banco Mundial -BM- aplica a la región un paquete de políticas de ajuste que llevaron al desmantelamiento de nuestro sistema público de salud. Así, el BM minimiza el papel del Estado en salud pública y responsabiliza al individuo por su salud.

Explícitamente, el BM protege el lucro de los sectores empresariales (negando su responsabilidad empresarial por daños medio-ambientales y por riesgos de situación laboral). Asimismo, fomenta -a partir de la implementación de protocolos multicéntricos de investigación en el Tercer Mundo y nuevas patentes- el negocio de la industria farmacéutica, sin beneficiar a nuestras comunidades ni cumplimentar las normas éticas de investigación internacional y regional.¹³

Encubiertamente, el BM se apropia de conceptos populares y comunitarios, como “participación, empoderamiento, capital social” y “Atención Primaria de la Salud” –APS-, conceptos propios de los modelos progresistas de salud (APS integral)

¹⁰ Para las comunidades indígenas *no hay separación entre la persona como sí misma, la comunidad y el universo, o entre mente, cuerpo o espíritu. No solo esta pérdida de separación forma la base de muy diferentes visiones del mundo y de la tierra, sino que también forma la base de diferentes modelos de salud, enfermedad y terapia.* Es así que para muchos pueblos la curación no es posible sin algún conocimiento de espiritualidad o de *relaciones entre individuos o de relaciones entre individuos y su familia y comunidad.* Por lo tanto, el uso del consentimiento informado, lejos de proteger o garantizar la autonomía real de estos pueblos, avasalla el derecho a ejercer su decisión comunitaria. Por ejemplo, en el campo de investigaciones genómicas con pueblos originarios –y ante los numerosos casos de no respeto del patrimonio genético y cultural por parte de los investigadores extranjeros–; se invoca el derecho de éstas comunidades a disentir. Véase “Declaración del Mataatua de los Derechos Intelectuales y Culturales de los Pueblos Indígenas” (1993), Recuperado en: http://www.lacult.unesco.org/docc/Mataatua_1993.doc; y “Declaración de Ukupseni” (1997), Recuperado en: <http://www.prodiversitas.bioetica.org/doc33.htm>

¹¹ Véase Novoa; A, “La biomedicina se ha convertido en un enorme fracaso social y en un problema de salud pública”, 29/11/2016. Recuperado en: <http://www.nogracias.eu/2016/11/27/la-biomedicina-se-ha-convertido-en-un-enorme-fracaso-social-y-en-un-problema-de-salud-publica-entrevista-a-abel-novoa/> (Visitado 20/03/17)

¹² Para la ampliación de este punto véase de Ortúzar, M. G. (2014), “Gobernaza” y “Gobernanza en salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?, *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política* No 5, ISSN 2014-7708, p.p.63-86; <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050>.

¹³ Ejemplos de investigaciones en países en desarrollo son: placebo- AZT en el África subsahariana (1997-1998); Sulfaxin contra placebo en Perú, Bolivia, México y Ecuador en el 2001; experimentos de enfermedades venéreas en grupos vulnerables de Guatemala.

de los años 70; redefiniendo los mismos con fines neutralizadores. Por ejemplo, el concepto de “participación” nos remonta «[...] a las ideas de empoderamiento y liberación desarrolladas por Freire¹⁴, quien definió a la educación popular como un diálogo que implica un trabajo respetuoso entre ambas partes, [...], trabajo orientado a la acción [...]» (De Vos, et al, 2009; p.127)¹⁵. Sin embargo, el BM fue deliberadamente limitando la “participación comunitaria” a compartir los gastos (por ejemplo, la imposición de cuotas para usuarios) y a la «co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud». En lugar de buscar involucrar al “pueblo” en la definición de su propio desarrollo, [...] se centra en el involucramiento de “posibles beneficiarios”[...] Por su efecto como “reductora de costos”, las agencias internacionales apreciaron a la participación comunitaria por su potencial para actuar como paliativo en la neutralización de la resistencia popular a las reformas impuestas» (De Vos *et al*; 2009:127) **–la cursiva es nuestra–**. Otro de los conceptos utilizados por el Banco Mundial para despolitizar el desarrollo fue el ambiguo término de *capital social*, definido por Putman (2003) como normas de reciprocidad y redes de involucramiento civil que son creadas por la participación en organizaciones civiles. De lo que se trata es de «asegurar la cohesión social necesaria para que el comercio ejerza la magia de la mano invisible» (De Vos, *op. cit*). Este concepto, al igual que los anteriores, fue criticado por “culpar a la víctima” a nivel comunitario, mientras que se ignoran las causas últimas de los problemas sanitarios, las desigualdades económicas y sociales estructurales.

En síntesis, y a modo de crítica general, el programa de APS selectiva del BM¹⁶ se presenta «como una alternativa más rentable al supuestamente caro y poco realista» modelo de atención [...], *eliminando su involucramiento comunitario, su compromiso con un cambio social más amplio y su visión redistributiva* (De Vos, 2009 –la cursiva es nuestra–). Al focalizar la atención de la salud “para pobres”, estigmatiza y excluye por restricción de la atención de la salud a “salud básica” (no acceso a tratamientos costosos) de grupos vulnerables. Lejos de erradicar la pobreza desde su raíz estructural, generó mayores desigualdades sociales y humillaciones a los que acudían a los servicios de salud para recibir sus “vales”. Dichas personas no gozaban de los mismos derechos de sus conciudadanos para acceder igualmente a la atención *integral* de la salud (derecho a la salud). Por ejemplo, no accedían a tecnología de punta (ej. trasplante de órganos; tratamientos de salud reproductiva; fecundación *in vitro* –FIV–; acceso a test genéticos,

¹⁴ Véase Freire, P; *Pedagogía del oprimido*; México; Siglo XXI Editores; 2006; ISBN 9682325897

¹⁵Véase De Vos, P; Malaise, G; De Ceukelaire, W; Perez, D; Lefèvre, P; Van der Stuyft, P; “Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización”, en *Medicina Social*, volumen 4, número 2, junio 2009, 127, Recuperado en: www.medicinasocial.info (Visitado 20/03/07)

¹⁶ «El financiamiento por el sector público de la asistencia clínica esencial se justifica en razón del alivio de la pobreza y puede adoptar varias formas: subvenciones a los proveedores privados y a las ONG que prestan servicios de salud para pobres, vales para que estas personas puedan pagar a los proveedores que ellas elijan, y prestación a los pobres de servicios de salud pública de forma gratuita o por debajo del costo» Véase Banco Mundial (1993), *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud*, Washington, p.5. Recuperado en <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf> (Visitado 20/03/07)

entre otros). Tampoco accedían a la atención temprana de la salud mental (de Ortúzar, 2014; 2016). Se los discriminaba a partir de su misma condición de pobres, negándoles su derecho constitucional a la salud (atención igualitaria a la salud). Este hecho retroalimenta el deterioro de la salud de estos grupos marginados¹⁷(Wilkinson, 2009; Cfr. Breilh, 2013), debido a que la misma percepción de su condición de inferioridad conlleva discriminación, humillación, violencia, ansiedad sico social; entre otros factores que dañan a su salud a partir de las desigualdades sociales y la opresión que sufren en su vida diaria.

Por otra parte, existen *modelos latinoamericanos de “gobernanza reflexiva”*, definiendo una visión y valores compartidos que permiten la coordinación de unidades productivas y actores (creación de espacios participativos, comités de evaluación entre pares, sesiones de capacitación, sensibilización de trabajo, comunicación cara a cara, entre otros). Apuestan a procesos participativos, liderazgos, dependencia de los actores involucrados, identidad y valores compartidos. A diferencia del modelo anterior, estos sectores defienden la *Atención Primaria de la Salud Integral*, es decir consideran los determinantes sociales de la salud y no reducen el derecho a la salud a la atención básica.

Ahora bien, al reproducir la estructura del modelo de gobernanza, y como reconoce el mismo Flores (2010), este sistema de decisiones compartidas no garantiza el bien público:

«es importante notar que en la definición (de gobernanza reflexiva) [...] el “poder” es central para explicar los procesos que influyen en los aspectos y temas que finalmente son decididos y que afectarán al sistema de salud. Las decisiones pueden no satisfacer a todos los actores, así como puede que tampoco sean en beneficio de la mayoría, o que no estén en línea con algún objetivo social de política pública como promover la equidad, solidaridad y eficiencia en el sistema de salud. En otras palabras, *aun cuando es deseable que las decisiones siempre sean satisfactorias y de beneficio para todos los interesados, este no es siempre el caso*, habrá ganadores y perdedores. *Algunas decisiones específicas (como la compra de tecnología e insumos médicos, o la reasignación de presupuestos públicos a territorios geográficos) generarán mayor oposición o conflictividad que otras. Entender la forma en que el “poder” y las relaciones de poder afectan los procesos de toma de decisión es esencial*». (La cursiva es nuestra) (Flores, 2010:31)

Por lo tanto, el mismo autor reconoce, en primer lugar, que las asimetrías de poder no favorecen la equidad en la toma de decisiones públicas. El modelo permite la

¹⁷ De acuerdo con Wilkinson, la conciencia de las personas de su misma situación o estado en la jerarquía social en sociedades no igualitarias genera alteraciones en los patrones neuroendocrinos, lo que compromete la salud. Para su ampliación, remitimos a Wilkinson, R; Pickett, K (2009) *Desigualdad*, Turner Noema. Cfr. 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(Supl. 1), 13-27.

legitimación de decisiones en contra de la misma comunidad:

«La participación de representantes comunitarios en espacios con alta asimetría de poder también conlleva riesgos. Su asistencia a las reuniones [...] *podría estar legitimando decisiones que no están favoreciendo -de forma directa -el resolver las condiciones de vida y oportunidades de desarrollo en las comunidades representadas.* Es importante reconocer que la creación del sistema de consejos de desarrollo urbanos y rurales es un paso muy importante surgido del proceso democratizador en Guatemala. Sin embargo, este estudio demuestra que el crear espacios públicos para la participación social en la toma de decisión alrededor de políticas públicas puede ser insuficiente para promover políticas pro-equidad y la participación comunitaria efectiva (tal y como lo define la ley que da soporte a dicho sistema). Por lo tanto, *los procesos de implementación [...] deben fortalecerse a través de acciones y políticas dirigidas a reducir dichas asimetrías.* (La cursiva es nuestra) (Flores y Gomez-Sanchez, 2010, b: 148)

Lo anterior no implica dejar de reconocer los factores altamente positivos del enfoque de gobernanza reflexiva, y su abismal diferencia con el enfoque de APS selectiva. La gobernanza reflexiva latinoamericana postula la dimensión política de los derechos humanos y de la ciudadanía, instituyendo una ética que trasciende el modelo de toma de decisiones basadas en cálculos económicos. En este sentido, si bien acordamos con los ideales centrales de este segundo modelo de gobernanza, no podemos dejar de señalar, asimismo, algunos de sus problemas estructurales. Dadas las desigualdades económicas y sociales existentes en nuestra región, cabe cuestionarse en qué medida puede co-responsabilizarse al ciudadano *individual* por su salud (de Ortúzar, 2016), sin tener en cuenta factores socio económicos, comunitarios e interculturales que hacen a la configuración del poder como a su misma concepción de salud. Resulta claro que, en líneas generales, el sistema sanitario privilegia, en última instancia, las decisiones tomadas por las organizaciones privadas más poderosas, por los monopolios o laboratorios, en función del mercado y no de necesidades propias de la comunidad. Suponer el “diálogo auténtico” como una forma de legitimar las decisiones del sistema equivale, de acuerdo a Elgarte (2005), a ignorar que «los participantes más débiles no pueden –aun reclamando y denunciando la injusticia–, cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes más fuertes»¹⁸. La libertad, en su sentido positivo, solo

¹⁸ De acuerdo a Innes y Booher, las condiciones para el *diálogo colaborativo* implican que cada participante persigue su interés, pero con el fin de encontrar una solución que pudiera ser aceptable para todos los participantes. El diálogo es colaborativo en tanto busca soluciones para que todos ganen. Exige como requisitos de los participantes: 1- condición inclusividad: debe incluir a todas las personas afectadas con la cuestión (la exclusión de alguna persona o grupo provoca la pérdida de legitimidad del acuerdo para el público); 2- condición de diversidad: los actores deben mostrar intereses diversos; 3- condición de interdependencia: los actores son interdependientes en tanto cada uno de ellos tiene algo que ganar de la cooperación y algo que ofrecer. Véase al respecto Innes, J. y Booher, D. (2003), “Collaborative policymaking: governance through dialogue”; en: Hajer, M. y Wagenaar, H. eds.; *Deliberative*

puede realizarse si no existe pobreza (Cohen, 2014, p.p.117-119). Por lo tanto, no basta con la inclusión formal para la participación democrática porque esta no garantiza la libertad de nuestras comunidades, reproduciendo relaciones de poder ya existentes.

En síntesis, el análisis precedente nos permite concluir, en primer lugar (I), que existe una preocupante privatización del poder público desde la misma apropiación de sus conceptos/ideas fuerzas populares por los Organismos Internacionales y sectores privados, neutralizando así su razón de ser y su significado, y utilizando al Estado para beneficiar el exclusivo interés empresarial. Esta solapada y encubierta privatización, bajo supuestos modelos e ideales democráticos y participativos, solo refuerzan: la responsabilidad individual en salud (de Ortúzar, 2016); las asimetrías de poder y la supremacía de los sectores empresariales (laboratorios); el desmantelamiento del Estado en salud (crisis del sistema público de salud); la mercantilización de los bienes públicos (ej. mercantilización del conocimiento y patrimonio genético por patentes genéticas); y la neutralización de la participación popular (de la APS integral a APS selectiva). Dada la desigualdad presente en la región, será necesario, en primer lugar, reconocer la importancia de reconquistar el poder público del Estado de Bienestar; limitando la peligrosa mercantilización de sus bienes; trabajando por la recuperación de las ideas-fuerzas populares para proteger nuestros derechos; y alentando políticas redistributivas para paliar la desigualdad. Más allá de esta crítica centrada en la desigualdad estructural, consideramos que la recuperación del Estado de Bienestar, sin un imaginario colectivo fuerte, no es posible. Examinemos, entonces, este nuevo horizonte...

II. LA COMPLEJA Y DIVERSA RELACIÓN ENTRE PODER POPULAR Y SALUD

«Es en medio del vaciamiento ideológico que esta ausencia del porvenir modernizante provoca, que se ha podido expandir la ideología indianista capaz de brindar una razón del drama colectivo, precisamente a partir de la articulación política de las experiencias cotidianas de exclusión social, discriminación étnica y memoria social comunitaria de campesinos indios dejados a su suerte por un Estado empresario, dedicado exclusivamente a potenciar los diminutos enclaves de modernidad transnacionalizada de la economía». (Álvaro García Linera, 2008, p.389)

El desafío de recuperar nuestras ideas-fuerzas es «transformar prácticas monoculturales¹⁹ y reconocer la demodiversidad; es decir, la coexistencia pacífica o conflictiva

policy analysis. Understanding governance in the network society, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 33- 59; Cfr. con Elgarte, J, (2005), *An evaluation of Innes and Boober collaborative policymaking*, Inédito, Bélgica.

¹⁹Este compromiso con un mundo más equitativo de Freire fue pensando en un momento histórico donde existía un equilibrio de fuerzas que hizo posible generarlo. En 1974, los países del G77 [...] habían sido capaces de poner en la agenda de las Naciones Unidas al Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) [...] «Alma Ata expresó el equilibrio existente en las relaciones internacionales; un equilibrio que permitió que fuera aprobada una agenda progresista, aunque esta tuviera limitaciones serias» *Idem*.

va de diferentes modelos y prácticas democráticas más allá del imaginario político liberal» (Santos, 2004, p.117). La concepción monocultural de la democracia defiende un derecho a la salud en términos individuales, privados y de mercado; sin reconocer los derechos colectivos de los pueblos y de grupos diversos. La demodiversidad permite superar los dualismos e integrar ideas-fuerzas que lleven a justificar, ética y políticamente, un derecho a la salud integral, como derecho social (no solo derecho formal individual, de mercado) y derecho humano (de Ortúzar, 2016).

En este sentido, la representación colectiva no debe estar ausente, como tampoco debe ignorarse nuestras raíces históricas y culturales. He aquí la importancia de definir con mayor precisión cuáles son los problemas complejos que hacen a la salud, reconociendo la poli-diversidad de poderes para la promoción de la salud. En este punto, la integración de la demodiversidad del *poder del Estado Pluricultural* – reconocimiento de la responsabilidad social y la salud intercultural en el nuevo constitucionalismo decolonial– (Santos, 2010; Medici, 2010); y, conjuntamente con la integración del *poder popular*, construido en base a relaciones sociales, conflictos, reconocimiento de clase, de culturas, de género; es un paso indispensable hacia la transformación de prácticas sanitarias más justas. Aquí las voces de los excluidos (indígenas, campesinos, migrantes, mujeres, locos, entre otros) permiten rescatar valores y saberes que hacen a la salud y reflejan la sociedad y nuestra historia, construyendo la *demo diversidad en salud* a través de la lucha, la cultura, la organización: «*el reclamo de nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las injustas desigualdades y las discriminaciones causadas por el capitalismo y por el colonialismo*» (Santos, 2010, p. 41)(La cursiva es nuestra)

Para repensar dichas relaciones en salud, comenzaré a analizar, a modo de ejemplo, el caso de los *movimientos campesinos*²⁰ y sus estrategias organizativa a partir de decisiones tomadas en las Asambleas por los afectados por el Chagas. Su lucha organizada permite las fumigaciones ante un Estado ausente; permite controles de vector y formación de los afectados a través de Talleres; y también posibilita las asambleas para la prevención, educación y atención de la salud.

Estas acciones colectivas contrarrestan con el *Programa de Erradicación de Ranchos* propuesto a nivel gubernamental en Córdoba (Estado). Este programa no solo se encuentra lejos de solucionar el problema del Chagas, sino que conlleva la estigmatización y exclusión de la gente pobre por ser considerada portadora del Chagas. El mismo gira en torno a la construcción de casas de material para los indígenas y campesinos de la región; forzándolos a dejar todas sus pertenencias, valores y formas de vida para trasladarse a una nueva vivienda de material. Esta vivienda no responde a las condiciones de *vida digna*, como tampoco responde a las reales causas de la enfer-

²⁰ Por ejemplo, el *Movimiento de Campesinos de Córdoba* (MCC-APENOC) y el *Movimiento Campesino de Santiago del Estero* (MOCASE), quienes articulan a nivel nacional con el *Movimiento Nacional Campesino Indígena*, y a nivel global con el *Movimiento Campesino Internacional*.

medad. Ser pobres o vivir en un rancho no es sinónimo de tener “chagas” (San Martino, 2016). La limpieza, el conocer el ciclo de la vinchuca en verano, sus hábitos para esconderse en los hogares, el proceso de fumigación, el respeto a los remedios locales y saberes ancestrales, el conocimiento del otro y la vinculación como colectivo, el conocimiento de la naturaleza; son –todos ellos– elementos que permiten transformar la situación social y colectiva.

Por el contrario, la imposición de mudanzas del Estado, la siembra de soja por empresas multinacionales y la consiguiente destrucción del medio ambiente (tala de montes y fumigaciones contaminantes en función de plantaciones del soja que no benefician a la región); genera *una clara desigualdad relativa y asimetría de poder*. Esta desigualdad conlleva la estigmatización, exclusión, y discriminación de los campesinos. La diferencia de estatus y asimetría de poder genera en los campesinos nuevas enfermedades. Dicha intervención sanitaria del Estado (Programa de Construcción de Viviendas para erradicar la Enfermedad de Chagas) es errónea por ser forzada y no respetar el citado principio de disidencia.²¹

Un punto importante aquí es criticar la concepción biomédica, monocultural, de la salud. Desde la cosmovisión indígena, el origen de la enfermedad o del comportamiento anormal de los elementos hay que buscarlo en el mal funcionamiento de las relaciones con el mundo de la naturaleza, con el propio espíritu o con las otras gentes (Dulio, 2007). Para los movimientos sociales campesinos la salud es «la defensa de la vida y del buen vivir, es estar organizados y luchar por nuestros derechos, producir alimentos sanos, cuidar la madre tierra y valorar nuestros saberes ancestrales» (Luchas campesinas, San Martino, 2016). La dimensión social y política de la salud *no es ni remotamente una lucha individual, sino colectiva*. En esta línea, el enfoque latinoamericano de “salud colectiva” parte del análisis complejo de relaciones sociales y sistema productivo. La salud incluye el derecho a la vivienda, el trabajo y la tierra.

El anterior ejemplo del Chagas sirve como disparador para pensar otras problemáticas –directa o indirectamente relacionadas con el Chagas– como la discriminación, el avance de la frontera agropecuaria, los modelos de producción, la tenencia de la tierra, el rol de quienes hacen ciencia en la sociedad, la salud y la educación, la vivienda y la urbanización, entre otros (Sanmartino, 2016). De esta manera, rescatando

²¹ La intervención es comparable al caso Gerónima (Pellegrini, 1982), ejemplo de etnocentrismo en intervenciones sanitarias. Gerónima, mujer mapuche, y sus cuatro hijos fueron forzados a mudarse al hospital público zonal ante condiciones climáticas adversas. Este atropello a su forma de vida llevaron a la insania (locura) de la mujer por la separación forzosa de sus hijos, por la medicalización de su vida, y por el no respeto a su voluntad y a sus tradiciones. Las palabras de Gerónima grabadas por Pellegrini (1982), su siquiata, fueron: «No quiero que me ayuden, quiero que me quiten las manos de encima». Como consecuencia, Gerónima y tres de sus cuatro hijos murieron; producto de la tos convulsa (contagiada intrahospitalariamente) y del daño sico social provocado por no respetar su voluntad y sus valores. Esta mujer, como su pueblo, conocía, por su relación con la tierra, como sobrevivir a dichas condiciones. Extendiendo la comparación a nivel internacional, pueden plantearse otros casos sanitarios en comunidades de Gitanos en España, o casos de migraciones, que demandan el respeto de la interculturalidad, pero sobre todo exigen una concepción de salud que no se reduzca a lo biomédico.

los saberes indígenas, se trata de establecer otros vínculos con la naturaleza en los términos de una *nueva alianza* (biocentrismo). Alianza que implica y conduce, indefectiblemente a un nuevo diálogo de hombres y mujeres con la naturaleza, con otros hombres y otras mujeres, consigo mismos/as (Guyot, 2005).

CONCLUSIÓN

Para finalizar, compartimos la reflexión sobre el “barrio toba” de La Plata (Argentina), un caso cercano y actual descrito con gran precisión por Anabela Viollaz, profesora a quien dedicamos este trabajo, en reconocimiento de su obra y de su vida:

«Las Malvinas es un barrio de la zona oeste de La Plata, entre otros llamados San Carlos y Romero. Se le suele decir “el barrio toba” porque ahí viven muchas familias de la comunidad *quom* que, desde mediados de los '90, siguen llegando de Chaco expulsados de sus tierras por la expansión de la soja. En los últimos años, se sumaron al asentamiento familias que vienen de Paraguay buscando un mejor trabajo. En Malvinas no hay cloacas ni gas natural, casi no hay alumbrado público, el camión que recolecta la basura pasa a veces, *pero hay muchas balas*: de la policía –casi todos los fines de semana– y de la gendarmería –cuando el hacinamiento en que viven empuja a las familias a tomar tierras desocupadas e improductivas. Hay gran cantidad de programas de atención focalizada (municipales, provinciales y nacionales), transas y punteros políticos. Algunas casas de ladrillos y una mayoría de chapa y madera. También hay muchas iglesias pentecostales: cinco en dos manzanas. *Naturalmente*, tampoco hubo hasta el 2010 una escuela secundaria para los/as jóvenes que ya tenían su certificado de 9no. año, de la escuela 63, de la 52 o, en la mayoría de los casos, de alguna de las varias sedes de terminalidad de primaria para jóvenes y adultos que hay en el barrio. En el marco de trabajo y la militancia que el Frente Popular Darío Santillán tiene en el barrio desde el 2003 –el comedor comunitario, los emprendimientos productivos que trabajan sin patrón, los talleres de juego y recreación con niños/niñas; los de salud comunitaria, el apoyo escolar, los talleres de alfabetización, la radio comunitaria– y de la necesidad de un gran sector del barrio de empezar/terminar sus estudios secundarios, surge el Bachillerato Popular Bartolina Sisa²²». (Viollaz, 2013: 37)

²² El Bachillerato Popular Bartolina Sisa es un espacio educativo enmarcado en los principios formativos de la educación popular, principalmente en el propósito de lograr que estudiantes y docentes formen parte de un ámbito social cooperativo, crítico y autogestivo. Otorga el título de Bachiller con orientación en Ciencias Naturales, Ambiente y Salud y el proyecto educativo institucional focalizará la formación en la Comunicación y la Organización para la Defensa del Ambiente y la Salud. *Bartolina Sisa* fue una valerosa mujer quechua. El 5 de septiembre se establece el *Día Internacional de la Mujer Indígena* en su nombre. Véase <http://educacion-fpds.blogspot.com.ar/2009/03/bachillerato-popular-bartolina-sisa.html>

Esta pintura viva que Viollaz nos presenta de nuestra realidad, retoma la importancia de la educación popular para actuar e incidir en la salud cotidiana, evidenciando la complejidad social de la salud. Por una parte, existe en nuestra región una larga tradición de expropiación de la tierra a los pueblos originarios. Actualmente dicha expropiación se debe a los intereses de las multinacionales, las cuales contaminan y dañan el medio ambiente a través del monocultivo de la soja y/o las extracciones mineras. Vinculado con este hecho, la forzosa migración a tierras no productivas y la opresión a la que se enfrentan las personas en tales situaciones de escasez extrema, muestra su vulnerabilidad. Se percibe, claramente, la situación de violencia institucional que vivencian cotidianamente estos grupos en “democracia”. Se “acostumbran” a vivir en un barrio donde hay que esquivar las balas, se le suma el constante hostigamiento de parte de la policía. En nombre del Estado Gendarme -y con fines de “disciplinar”- se humilla, se secuestra y se maltrata a personas y grupos en situación de desamparo, sufriendo especialmente las consecuencias de esta *violencia institucional* los niños menores de 14 años. Vivir así no es, claramente, una elección voluntaria para la comunidad *quom*, sino el resultado de la imposición de un modelo productivo que le es ajeno.²³

En este contexto, la educación popular, el respeto de su historia y de su cultura, la ayuda para recuperar la relación de esta comunidad con su tierra originaria, constituye una necesidad básica que hace también a su salud y a su calidad de vida. A diferencia del modelo de gobernanza, la organización de los propios afectados hace posible una representación sin intermediarios que impongan sus propios intereses y estigmatice a los mismos grupos. Se trata de escuchar sus voces, aprender a conocer al otro en una relación de igualdad, aprendiendo de sus raíces y sus vínculos. La salud no puede comprenderse aislada de las relaciones que se establecen entre las personas y los medios de producción (ej. campesinos sin tierra); o entre las personas y su lugar de trabajo (control del trabajo vs alienación); o su posición de clase social, o su lugar de excluido.

«La nueva visión de la salud, es [...] la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida [...]» «un deseo de cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida. Para esto es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros. Entender cómo construyen sus problemas las comunidades, grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos [...] Escuchar, comprender, desear cambiar [...] y (conocer) con qué recursos, experiencias y saberes, con qué historias y potencias de sujetos y comunidades contamos». (Ferrandini, 2012)

²³ «Cuántas veces les pedimos a gente que no puede elegir qué comer que siga dietas evitando tal o cual alimento; a jóvenes ocupados en escapar de las balas de otros jóvenes o de la policía que usen preservativos para evitar enfermedades que los matarían años después [...] El sistema así planteado es muy perverso: siempre podemos culpar al que no hizo caso por su enfermedad y por su muerte. Y si las víctimas son las culpables el mundo seguirá igual [...]». (Ferrandini, 2012- Inédito)

Por ello, el empoderamiento en salud parte de reconocer el conflicto, y no neutralizarlo. Frente a la situación de injusticia y desequilibrio de poder, se debe luchar por transformar a las instituciones opresivas. La falta de respeto a la pluriculturalidad y a los derechos sociales básicos es una cuestión histórica y estructural que debe cambiarse. Esta transformación depende de una multiplicidad de poderes y colectivos (Estado Plurinacional, biocentrismo, poder popular, indigenismo, marxismo); pero, también, exige mayor creatividad, identidad y acción en el plano de las ideas y del imaginario colectivo, para que no sea posible la apropiación, privatización y mercantilización de conceptos que, vaciados de significado y sentido, son mercantilizados. Y en este campo la educación popular, vinculada con un concepto amplio de salud, es el camino más fértil. En esta dinámica multidimensional la *salud colectiva* conlleva la protección del medio ambiente, del conocimiento y del saber ancestral, como así también la protección (y educación) de las futuras generaciones; integrando lo social y lo natural bajo una misma concepción de equidad sanitaria y justicia social, de modo de recuperar la alianza entre el hombre y la naturaleza.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva (2006). *Gobernanza y gestión pública*. México: FCE, p.p. 90, 99, 38
- Arrow, K (1963). “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, *The American Economic Review*, Voll. LIII, Dec 1963, Nro. 5.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud*, Washington. <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- Báscolo, E., (2010). “Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud”; *Revista Salud Pública*, 12 sup, 1, 8-27.
- Bonet, (2017). “Descolonizar la democracia: apuntes sobre demodiversidad y nuevo constitucionalismo en Bolivia”; en *Astrolabio. Revista internacional de filosofía* Año 2017 Núm. 19. ISSN 1699-7549. pp. 26-36
- 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(Supl. 1), 13-27.
- Camou, A. (2000). “Tres miradas sobre la (in) gobernabilidad: eficacia, legitimidad y estabilidad política”, en : <http://www.antonioacamou.com.ar> (Visitado 20/03/17)
- Catalá, J.P. (2001), “Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico”, *Revista Instituciones y Desarrollo*, Nro. 10
- Crozier; Huntington, S. y Watanuki, J. (1975). *The Crisis of Democracy. Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York University Press.
- Cohen, G. (2014). *Por una vuelta al socialismo*. México: Siglo XXI.
- Cohen, M. (2013). “Democracia deliberativa y gobernanza ambiental: ¿conceptos transversales de una nueva democracia ecológica?”; *Sociología*, año 28, número 80, pp 73-122.

- Daguerre, M. y Elgarte, J. (2016). “Pingüinos en el trópico: lecciones desde la epidemiología y la economía para el filósofo político”, en *Cuadernos de Ética*, Nro. 30, 1-23.
- Declaración de Barcelona (2003). Asociaciones de Pacientes. Recuperado en: [https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaracion es%20nacionales/dec%C3%A1logo%20de%20los%20pacientes.pdf](https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaracion%20nacionales/dec%C3%A1logo%20de%20los%20pacientes.pdf) (Visitado 20/03/17).
- “Declaración de Mataatua de los derechos intelectuales y culturales de los pueblos indígenas” (1993), Recuperado en: http://www.lacult.unesco.org/docc/Mataatua_1993.doc;
- “Declaración de Ukupseni” (1997), Recuperado en: <http://www.prodiversitas.bioetica.org/doc33.htm>
- De Ortúzar, M.G. (2014). “Gobernaza” y “Gobernanza en salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?” *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política* No 5, ISSN 2014-7708, p.p.63-86-<http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050>-
- (2015). “¿Equidad y gobernanza en salud?... Pensar lo Propio”, *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, ISSN 0328-5634, Año 19, Nro 37-38;
- (2016). “Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud”, *Revista de Bioética y Derecho*, 36, pp 23-36. ISSN: 18865887, Barcelona.
- (2012). “Condiciones para la gobernanza en la Sociedad del Conocimiento, democrática y deliberativa”; *VI Congreso de Relaciones Internacionales*, UNLP
- De Vos, P.; Malaise, G.; De Ceukelaire, W. et al. (2009). “Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización”, en *Medicina Social*, volumen 4, número 2, junio 2009, 127, Recuperado en: www.medicinasocial.info (Visitado 20/03/07)
- Duilio, D. y Revilla, L. D. (2007). “Consideraciones éticas para la realización de investigaciones en comunidades nativas de la selva amazónica del Perú”; *Rev. perú. med. exp. salud pública* [online]. 2007, vol. 24, n.1, [citado 2017-04-07], pp. 51-66 . ISSN 1726-4634. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000100009&lng=es&nrm=iso
- Easterlin, R. A. (2005). “Building a Better Theory of Well-Being”. En L. Bruni and P. L. Porta (eds.), *Economics and Happiness*, New York: Oxford, pp. 29-65.
- Elgarte, J. (2005). *An evaluation of Innes and Boober Collaborative Policymaking* (Inédito). Bélgica.
- Ferrandini, D. (2011). *Algunos problemas complejos de salud* (Inédito). Santa Fe.
- Floreál Ferrara Fa et al. (1972). *Medicina de la comunidad*. Buenos Aires: Inter-Médica.
- Flores, W. (2010). “Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas”. *Revista de Salud Pública*, 12, 1, pp. 28-38.
- Flores, W. y Gómez-Sánchez, I. (2010). “La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder”, *Rev. salud pública* [online]. 2010, vol.12, suppl.1, pp.138-150. ISSN 0124-0064, p.149. Recuperado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700010&lng=en&nrm=iso (Visitado el 20/03/17)
- Freire, P. (2006). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- García Linera, A. (2008). *La potencia plebeya. Acciones colectiva e identidades indígenas, obreras y populares en Bolivia*. Clacso: Prometeo Libros.

- Hass, P. et al. (1995). "Learning to learn: improving international governance". *Global governance*, Nro 1; pp. 225-285.
- Innes and Booher (2003). "Collaborative policymaking: governance through dialogue". En: *Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society*, Hajer, Maarten and Hendrik Wagenaar (eds.). Cambridge, Cambridge University Press, pp. 33- 59.
- Jiménez, R. (2008). "La gobernanza un concepto problemático en América Latina". *Análisis de la Asamblea como dispositivo para reconstruir y problematizar la Gobernanza en interacción con el específico contexto latinoamericano. Foro Latinoamericano sobre la Gobernanza*. Venezuela.
- Jovell, A.J, et al. (2007). "¿El paciente a la universidad?", *Formación Médica Continuada*, 14, 6, pp. 301-4. Recuperado en: www.universidadpacientes.org
- (2001). *El paciente del futuro*. Barcelona: Fundació Joseph Laporte.
- Marmot et al. (2000). "International comparators and poverty and health in Europe", *British Medical Journal*, 321, 1, 124-2.
- Marx, K. (1973). "Trabajo asalariado y capital", en Marx y Engels (1973), *Obras escogidas*. Moscú: Progreso, p.p.166-167
- Mayntz, R. (2006). "Governance en el Estado moderno", *Revista Postdata*, Nro. 11, Recuperado en: <http://www.revistapostdata.com.ar/2012/01/governance-en-el-estado-moderno-rename-mayntz> (Visitado 20/03/17)
- (2001). "El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna", *Reforma y Democracia, Revista del CLAD* Nro. 21, 2001. <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/021-octubre-2001> (Visitado 20/03/17)
- Medici, A. (2010). "Sociedad civil trasnacional. Una introducción a su análisis". *Revista de Relaciones Internacionales*, UNLP, nro. 29, dic. 2010.
- (2010). "El nuevo constitucionalismo latinoamericano y el giro decolonial: Bolivia y Ecuador", *Revista Derecho y Ciencias Sociales*, n° 3, pp. 3-23.
- (2012). "La complejidad y tensiones de la sociedad civil en las negociaciones del ALCA: entre la participación reglada y la movilización contestataria", IRI; UNLP;
- Novoa, A. (2016). "La biomedicina se ha convertido en un enorme fracaso social y en un problema de salud pública", 29/11/2016. Recuperado en: <http://www.nogracias.eu/2016/11/27/la-biomedicina-se-ha-convertido-en-un-enorme-fracaso-social-y-en-un-problema-de-salud-publica-entrevista-a-abel-novoa/>
- Offe, C. (1998). "Algunas contradicciones del moderno Estado de Bienestar", en *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, México: Alianza Universidad, 1988.
- Olin Wright, E. (1997). *Class Counts: Comparative Studies in Class Analysis*, Cambridge University *Quarterly*, 56, 3, 1978, p.p. 303-338.
- Ostroms, E. et al. (1999). "Revisiting the Commons: Local Lessons, Global Challenges", *Science*, vol. 284, 9, pp. 278-282.
- Pasquino, G. (1988). "Gobernabilidad", en Norberto Bobbio et al., *Diccionario de Política*, (Segunda Edición, 1983), Suplemento. México: Siglo XXI, pp. 192-199.
- Pellegrini, R. (1982). *Gerónima*, Historia de una indígena que murió de tristeza.
- Pnud (1997). *Reconceptualizing Governance*, United Nations Development Programme, New York.
- Putnam, R. (1993). "Making Democracy Work: Civictraditions in Modern Italy". Princeton University Press: Princeton.

- Sanmartino, M. y Almagro, J. (2016). “Las luchas campesinas frente al Chagas”, Video luchas-campesinasfrentealchagas.tk/
- Sanmatino, M y Carrillo, C. (2016). “La(s) ciencia(s) y la problemática del Chagas: reflexiones sobre un camino de más de cien años”, en de Ortúzar, M. G (edit.), *Ética en Investigación. Hacia un paradigma integral basado en los determinantes sicosociales y el biocentrismo*, FAHCE, Universidad Nacional de La Plata (en edición).
- Santos, S. y Avritzer, L. (2004). “Introducción: para ampliar el canon democrático”, en Santos, B. S. (coord.), *Democratizar la democracia: los caminos de la democracia participativa*. México: Fondo de Cultura Económica, pp.35-74.
- Santos, B. (2007). “El derecho, la política y lo subalterno en la globalización contrahegemónica”, en Santos de Souza y Rodríguez Garavito (eds.), *El derecho y la globalización desde abajo*, Anthropos, UAM, Cuajimalpa. Barcelona, 2007.
- (2010). *Refundación del Estado en América Latina. Perspectivas desde una epistemología del Sur*. Lima: IIDS-PDTG.
- Stolkiner, A. (2007). “Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías”, en Maceira, D, *Atención Primaria de la Salud*, Paidós, Tramas Sociales, 44, 2007, p. 139.
- Subirats, J. (1988). “Nous mecanismes participatius La democracia: promeses i amenaces”, *Àmbits*, Nro 6
- Tsaganourious, Z. (1998). *Cyberdemocracy*, London: Routledge.
- Ugalde, A. (1995). “The World Bank and International Health Policy. A Critical Review”; *Journal of International Development*, 7 (3): 525-541, 1995.
- Viollaz, A. (2013). “Malvinas cuenta: para que aprendas!”, en *La gameta didáctica*, UNLP, ISSN 1853-3124. Año 4, Nro.6, abril de 2013 pp.37-46. Recuperado en: <http://www.eltoldodeastier.fahce.unlp.edu.ar/numeros/numero6/LGDViollaz.pdf/view>
- Who (1998). *Good Governance for Health*, WHO/CHS/HSS98, Geneva.
- Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality*, NY, The New Press.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *Desigualdad*, Turner Noema.