

¿Equidad y “Gobernanza en Salud” ...?

Pensar lo propio*

María Graciela de Ortúzar**

El objetivo del presente trabajo es profundizar el análisis del modelo de “gobernanza en salud”, y su incidencia en la equidad en salud pública en América Latina. Mi hipótesis general es la siguiente: si queremos avanzar en la equidad en salud pública para nuestra región, entonces debemos abandonar el extrapolado uso de “gobernanza en salud” como herramienta estratégica o modelo paradigmático: dado sus orígenes, connotaciones ideológicas, limitaciones de aplicación. Pues la “gobernanza en salud” encubre, en su raíz histórica, una crítica al Estado que conlleva la limitación de sus poderes; en especial, sus

*El presente trabajo ha sido desarrollado en el marco del Proyecto “*Igualdad, democracia participativa y TICs: nuevos desafíos*”, PIP 0056, 2012-2015; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas -CONICET-, y del Proyecto H607 “*Desigualdad de ingresos, justicia y bienestar social*”; Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación –FAHCE-, Universidad Nacional de La Plata –UNLP-, 2012-2015.

** *Doctora en Filosofía*, Facultad de Humanidades y Ccias de la Educación –FAHCE-; Universidad Nacional de La Plata –UNLP-; *Diploma de Estudios Avanzados en Filosofía y Diploma del Tercer Ciclo en Bioética*, CEUR, Madrid; *Especialista en Políticas de Integración Latinoamericana*, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales –FCJS-, UNLP; *Profesora de Filosofía*, FAHCE, UNLP. Actualmente se desempeña como *Profesora Adjunta Ordinaria de Ética*, Universidad Nacional de la Patagonia Austral –UNPA.; e *Investigadora Adjunta CONICET*.

Entre sus últimas publicaciones sobre el tema, podemos mencionar: 1-de Ortúzar, M. G, “Gobernanza” y “gobernanza en salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político? (*Análisis filosófico crítico*), OXÍMORA, REVISTA INTERNACIONAL DE ÉTICA Y POLÍTICA, ISSN 2014-7708; NRO 5, BARCELONA, 2014 (aceptado); 2-“Condiciones para la gobernanza en la Sociedad del Conocimiento, democrática y deliberativa”; *VI Congreso de Relaciones Internacionales*, 2012, FCJS; UNLP, en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/40206>; 3 - "Aspectos éticos y legales de la T-E: de grado y postgrado. El caso de la salud", *Revista CONTIC-i*, UNPA, Sept. 2014; ISSN: 2314-0666; 4- “Hacia la telemedicina en el MERCOSUR. Análisis ético comparativo de las normativas de Brasil y Argentina”, *RevistaeSalud.com*; vol.8 Nro.30; 2012; p.p.1-17, ISSN: 1698-7969.

poderes distributivos y su responsabilidad social- otorgando la exclusiva responsabilidad de la salud en el individuo (estilos de vida). En su lugar, proponemos justificar normativamente un “modelo sanitario, equitativo y participativo para América Latina”, que responda a nuestras necesidades e intereses, y defienda la responsabilidad social en salud pública (determinantes sico sociales).

The aim of the present work is to deepen the analysis of the model of "governance in health", and his impact on equality in public health in Latin America. My general hypothesis is the following one: if we want to advance in the model of equality in public health for our region, then we must leave extrapolated use of "governance in health" as strategic tool or paradigmatic model (in view of his origins, ideological connotations, limitations of application). The "governance in health" it conceals, in his historical root, a critique to the State that carries the limitation of his power (especially, his distributive power and his social responsibility), granting the exclusive responsibility of the health in the individual (ways of life). In his place, we propose to justify a normative model of equality in health care for Latin America, that encourage community participation according to our needs and interests, and defend the social responsibility in public health (social determinants).

Introducción

La *equidad en salud pública* constituye un tema prioritario a nivel regional, dada la crisis y fragmentación que sufre nuestro sistema de salud desde la aplicación de políticas neoliberales en América Latina¹. En el contexto actual de la “*Sociedad de la Información*” (en adelante SI), la citada *equidad en salud* exige, entre otros factores, el acceso igualitario al conocimiento (derecho a la información), dado que en nuestra sociedad su ausencia constituiría un nuevo *determinante social* de la salud (impacto del derecho a la información en el derecho a la salud)² –volveré sobre este tema en III-. He aquí que las evidencias introducidas por las investigaciones sobre determinantes

sico sociales (Wilkinson)³, es decir los estudios basados en las relaciones causales entre desigualdad social y desigualdad en salud, han contribuido a esclarecer la confluencia de factores múltiples que inciden en la salud de la población. Por lo tanto, estas investigaciones sobre determinantes sociales son –o *deberían ser*– un tema central de estudio para esclarecer el problema de equidad en la salud pública.

Sin embargo, en América Latina nos encontramos con un notorio predominio de las investigaciones biomédicas y clínicas (financiadas por proyectos multicéntricos), y un escaso impulso a las investigaciones sociales sobre “justicia en salud/equidad”, “determinantes sico-sociales”, o “modelos de atención sanitaria”. Estas asimetrías, en el financiamiento

comparativo de las citadas investigaciones, muestran los poderosos intereses económicos que apoyan a las primeras (bioindustria), en contraposición con el escaso presupuesto público/privado de las segundas (investigaciones sico sociales en salud pública). Pero, también evidencian un claro enfrentamiento entre dos “paradigmas de salud”: “paradigma biomédico o biocéntrico” (salud definida biológicamente) vs. “paradigma de determinantes sico-sociales” (salud en sentido amplio).

Con el fin de paliar el vacío en *investigaciones en salud pública en América Latina*, el “Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo” –IDRC⁴- priorizó, hace ya algunos años, el apoyo a proyectos que vinculen temas de *gobernanza y equidad en salud colectiva*, con apertura interdisciplinaria y vinculada al uso de los resultados. Del análisis crítico de los citados estudios, me interesa resaltar un tema que considero no menor: resulta altamente llamativo que, desde dicho marco social general, se tome como eje la “*gobernanza*”; por ser éste, en primer lugar, un término sobre el cual existe un amplio consenso acerca de su ambigüedad (véase I). Más precisamente, resulta extraño que se considere a “*la gobernanza en salud como una herramienta útil para estudiar los procesos políticos e institucionales sanitarios en América Latina*”⁵, cuando este concepto - confundido con la gobernabilidad- ha sido extrapolado desde Europa, en plena crisis del Estado de Bienestar (véase I). Si el objetivo de los citados estudios en salud pública, enmarcados bajo el paradigma social, es justificar un modelo que favorezca la equidad

y participación comunitaria en salud pública en América Latina, entonces ¿por qué adoptar como eje la “*gobernanza en salud*”, un concepto confuso, utilizado desde perspectivas ideológicas opuestas, como puede ser el mismo paradigma biocéntrico de la industria y del Banco Mundial?-

El objetivo del presente trabajo es profundizar el análisis del modelo de “*gobernanza en salud*”, y su incidencia en la equidad en salud pública en la región.

Mi hipótesis general es la siguiente: si queremos avanzar en la justificación de un modelo equitativo en salud pública para nuestra región, entonces debemos abandonar el extrapolado uso de “*gobernanza en salud*” como herramienta estratégica o modelo paradigmático (dado sus orígenes, connotaciones ideológicas, limitaciones de aplicación). La *gobernanza* encubre, en su raíz histórica, una crítica al Estado que conlleva la limitación de sus poderes (en especial, sus poderes distributivos), y acentúa la responsabilidad individual en salud, principios incompatibles con la equidad en salud pública. En su lugar, proponemos revisar las relaciones entre equidad y participación para avanzar en la justificación normativa de un “*modelo sanitario, equitativo y participativo para América Latina*”, que responda a nuestras necesidades e intereses.

Con el fin de brindar una mayor claridad conceptual y argumentativa, comenzaré por realizar (I) un análisis histórico crítico del concepto de *gobernanza y gobernanza en salud*. Posteriormente, avanzaré en el análisis de los principios éticos que

subyacen en los denominados *modelos operacionales de gobernanza* (II). Una vez esclarecidas las diferencias entre los mismos, plantearé la necesidad de reemplazar “*gobernanza en salud*”, y avanzar en la justificación normativa de un “*modelo sanitario, equitativo y participativo, para América Latina*”(III). En otras palabras, si queremos favorecer la equidad en la región, comencemos por pensar lo propio.

PARTE I- ANÁLISIS HISTÓRICO CRÍTICO DEL CONCEPTO GOBERNANZA Y GOBERNANZA EN SALUD

I-1-Gobernanza

De acuerdo a Mayntz⁶, “*gobernanza*” se define como un nuevo modo de gobernar conforme al cual, en la formulación y aplicación de políticas públicas, no sólo participan las autoridades estatales, sino también las organizaciones privadas (arreglos neocorporativos, redes políticas, etc). Este nuevo modo de gobernar⁷, diferente al gobierno democrático tradicional, supondría un cambio no sólo organizativo, sino de carácter ético y cultural⁸.

Ahora bien, si rastreamos las raíces históricas del modelo, observamos, en primer lugar, que existe una confusión histórica en el uso de *governabilidad* y *gobernanza*. En *Tres miradas sobre la (In) Governabilidad...*,⁹ Camou señala que las preocupaciones asociadas a la noción de *governabilidad* comenzaron a ingresar en la agenda de los políticos y estudiosos de los países centrales desde mediados de

los años 70, junto con la crisis de las economías desarrolladas, la creciente diferenciación de las sociedades complejas, el surgimiento de nuevos movimientos e identidades sociales, y la parábola declinante del Estado de Bienestar¹⁰. Su origen se encuentra en Europa, en el Informe de la Comisión Trilateral de 1975: “*La crisis de la democracia- Informe sobre la Gobernabilidad de las Democracias*”. El mismo refiere a que los gobiernos democráticos no estaban siendo *eficaces o eficientes* en su desempeño, generando un estado de peligroso “desequilibrio” entre el aluvión de demandas societales y la capacidad de los gobiernos para responderlas de manera satisfactoria. Dicho de otro modo, había *governación* (que era democrática), pero *el problema era su calidad, su estado o su eficacia (governability)*¹¹.

En América Latina, el debate sobre la *governabilidad* se extrapoló en las décadas de fines de los 70 y principios de los 80, conjuntamente con el proceso de crisis, ajuste y reestructuración económica; el (supuesto) agotamiento del modelo del Estado interventor, y su consiguiente redefinición en términos de la “Reforma del Estado”. A diferencia de la situación europea, como la historia latinoamericana se encuentra signada por dictaduras, no podía sostenerse aquí que existían problemas de *(in)governabilidad* apelando a la *eficacia o de la calidad de su gobierno*. Justamente porque América Latina sufría *la falta de 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*

(*gobernación*)¹². En nuestra región podría denunciarse un problema de democracia/gobernanza; pero no de gobernabilidad y menos de eficacia del Estado. Por lo tanto, del análisis de Camou se desprende lo inapropiado de la extrapolación del concepto de *gobernabilidad* a América Latina. Pero también se infiere que el uso de *gobernanza* se aplicaría a nuestra región *sí y sólo si* se entiende por dicho concepto *un problema de democracia/gobernanza*.

Sin embargo, en la actualidad se presenta a la “*gobernanza*” como un “*novedoso instrumento de gestión*”¹³ tendiente a resolver *problemas de déficit de legitimidad y crisis de gobierno, con el fin de fortalecer una responsabilidad compartida – accountability- entre los ciudadanos y el Estado*¹⁴. Como podemos observar, subyace en ésta nueva definición de gobernanza, confundido y fundido, un segundo concepto: *gobernabilidad (problemas de legitimidad)*¹⁵. La *gobernanza (acción de gobernar)* es usualmente confundida con la *gobernabilidad (calidad de la acción de gobernar: buena, mala, legítima, ilegítima)*¹⁶. Si analizamos las implicancias del uso ambiguo de ambos conceptos, entonces concluiremos que el uso actual de gobernanza, aplicado a América Latina, también constituye una extrapolación inapropiada.

Lo curioso de dicho concepto, además de -o tal vez por - su ambigüedad, es que el mismo ha sido utilizado por sectores de derecha (I.1) y de izquierda (I.2):

(I.1) “*gobernanza global*”¹⁷ pretende asumir la regulación de problemas globales que exceden las capacidades regulatorias de los estados y del mercado (Ej. “*gobernanza del medio ambiente*”).

(I.2) *la gobernanza reflexiva*, la cual busca establecer instrumentos institucionales para lograr una forma más crítica del sistema de gobernanza. Constituye un modelo teórico propio de los países Europeos desarrollados, extrapolado también a América Latina, y descansa en el modelo de *diálogo auténtico* como una forma de legitimar las decisiones políticas de la democracia deliberativa¹⁸.

El primer enfoque, *gobernanza global*, ha sido criticado por autores latinoamericanos (de Sousa, Médici) debido a que se asocia a la *crisis o vaciamiento del constitucionalismo*, especialmente en sus aspectos democráticos. De acuerdo a Médici, la gobernanza se potencia como un vector de reproducción de relaciones hegemónicas al interior del mundo colonial. No obstante, la sociedad civil global debe ser distinguida de los actores de mercado (transnacional, internacional, regional) porque cumple una función relativa de control y apertura (*countervailing power*), pero no sustituye la función de participación, deliberación, legitimación democrática de las ciudadanías y

sujetos constitucionales, con derechos exigibles y acceso institucional¹⁹. Del análisis anterior, se destacan tres aspectos críticos de la gobernanza que han sido señalados anteriormente: *1- relación hegemónica al interior del mundo colonial; 2- crítica encubierta y desplazamiento del rol del Estado democrático (distribución de recursos y reconocimiento de derechos de la ciudadanía); 3- distinción entre la participación en el interior de la “gobernanza” y la libre participación de la sociedad civil para ejercer independientemente el poder de control y apertura (movimientos sociales).*

El segundo enfoque, *la gobernanza reflexiva*, persigue un claro *ideal* democrático inclusivo. Más allá de sus virtudes, como bien ha sido analizado por Elgarte²⁰, el problema de este modelo es que *los participantes más débiles no pueden, aún reclamando y denunciando la injusticia, cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes más fuertes*. Esto no impide el ejercicio de la gobernanza y la misma aceptación de la injusticia como algo inevitable, *legítimo*, etc. Por ello, si bien el *requisito de la inclusividad* tendería a revertir esta situación desde el punto de vista normativo, *las asimetrías de poder* en el mundo contemporáneo muestran que no basta con la *inclusión formal* de los más débiles. Por lo tanto, si existe asimetría de poder, como ocurre en América Latina debido a las desigualdades socio económicas, no pueden cumplirse las *condiciones de inclusividad y legitimidad del diálogo auténtico* y, por lo tanto, *no puede*

ejercerse la gobernanza reflexiva. (Volveré sobre este punto en III)²¹

Éstos problemas y limitaciones planteados en el modelo general de gobernanza se reproducen en el modelo de gobernanza en salud.

I.2. Gobernanza en salud

La historia del citado concepto nos remonta a 1998, cuando la *Organización Mundial de la Salud* -OMS- definió al mismo como la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles. Al respecto, un año antes el *Programa de las Naciones Unidas* -PNUD- utilizó una definición general de gobernanza -no especificada a salud- y centrada en el poder: la gobernanza incluye todos los métodos- buenos o malos- que las sociedades utilizan para distribuir el poder y gestionar los recursos públicos y problemas²².

En términos generales, el modelo de *gobernanza en salud* propone la creación de nuevos espacios públicos horizontales de participación ciudadana, de organizaciones privadas y corporaciones, para la toma de decisiones del sistema de salud. Supone, *en primer lugar* -al igual que la definición de gobernanza- un *cambio social o una nueva forma de sistema sanitario*, donde los pacientes asumen nuevos roles en su relación con los profesionales²³. Se trata de incorporar formas de participación directa en los procesos de decisiones, individual (decisiones por participación activa del paciente) y

colectiva (decisiones sanitarias por participación de representantes de asociaciones de pacientes)²⁴.

A modo de ilustración, el modelo de participación de pacientes y ciudadanos en la toma de decisiones en salud ha sido aplicado en Estados Unidos y en Europa durante los últimos 25 años²⁵. Ahora bien, si analizamos sus objetivos, el mismo se presenta como un elemento para la mejora de la *calidad* de atención y como una manera de *legitimar* las decisiones de los gestores sanitarios²⁶. En este sentido, *en segundo lugar*, al igual que el concepto general de gobernanza se confunde aquí la *gobernanza en salud* con su *governabilidad (legitimidad)*-

En tercer lugar, la gobernanza en salud se vincula también con la crisis del Estado de Bienestar Europeo y la desconfianza hacia los sistemas políticos tradicionales, generando nuevos mecanismos de participación²⁷. Por ejemplo, en los estudios europeos, como *El paciente europeo del futuro* (“*The European Patient of the Future*”)²⁸, una de las mayores demandas de los pacientes era la participación en la toma de decisiones sanitarias. En el citado informe se presenta a la ciudadanía como una “*nueva ciudadanía activa*”, conquistada por: - una mayor preparación y sofisticación de los ciudadanos²⁹,- por la incorporación de nuevas tecnologías (*Ciberdemocracia*)³⁰, y, -por la exigencia de nuevos procesos decisionales más complejos³¹. En la misma línea, en la *Declaración de Barcelona*³² del 2008, se señala la necesidad de fomentar la colaboración entre asociaciones de pacientes para

alcanzar un mayor poder de representación, indicándose seis áreas de interés común: *necesidades de información, toma de decisiones clínicas, comunicación, relación médico paciente, accesibilidad a las prestaciones sanitarias, participación de los pacientes en el sistema sanitario y derecho de los pacientes*.

Por lo tanto, se postula un cambio *ideal* de modelo, de un modelo paternalista a otro deliberativo y basado en *decisiones compartidas*. Pero, para su implementación, este modelo supone superar la clásica *asimetría de la información* entre el profesional y el paciente (Arrow)³³; e incrementar significativamente la *alfabetización sanitaria* (capacidad de las personas para obtener y entender la información básica de la salud y servicios sanitarios que necesitan para tomar decisiones apropiadas) y la *alfabetización sanitaria digital* (capacitación informacional en el uso de tecnologías de la información y comunicaciones –TICs- en salud); más allá de cuestiones básicas de *equidad y superación de asimetrías de poder*, ya señaladas anteriormente –en forma general- con el análisis de la gobernanza reflexiva (volveré sobre este punto en III)-

El peligro que esconde esta forma de co-participación/decisiones compartidas es la corresponsabilización en la salud a los propios ciudadanos (*autocuidados, estilos de vida individual*) y su corresponsabilización en el funcionamiento del sistema de salud para mejorar la calidad institucional. Como veremos en el último punto del presente estudio, cuando abordemos el modelo de equidad, los estudios

empíricos sobre determinantes sico sociales de la salud muestran que el individuo no puede cambiar su propia situación de salud si no se modifica su *entorno social* (*entorno saludable*), dependiendo de la responsabilidad social que le cabe al Estado/ políticas públicas.” *¿Cómo es posible enunciar, con sensatez, que una persona es libre de hacer lo que no es capaz de hacer?. La falta de medios es tan limitante como la falta de libertad, y por lo tanto, es algo importante que el Estado debe rectificar*”(Cohen)³⁴. Esta es, justamente, una de las razones para reivindicar el rol fuerte del Estado en lugar de criticarlo (crítica al Estado de Bienestar y surgimiento conceptual de “gobernanza” como nueva forma de gobierno).

Por último, al igual que el concepto de *gobernanza* (*gobernanza global vs. gobernanza reflexiva*), la gobernanza en salud ha sido ambiguamente utilizada por autores y organizaciones con intereses ideológicos opuestos. Ejemplo de ello lo constituye la *gobernanza en salud globalizadora, del Banco Mundial*, con su defensa de un modelo de Atención Primaria de la Salud – en adelante APS- para pobres -*APS para pobres*-; y la *gobernanza democrática en salud*, “progresista”, y presentada a través del modelo *de APS integral (o modelo de clan)*. Seguidamente abordaremos el análisis de los principios éticos subyacentes a éstos dos modelos paradigmáticos de gobernanza en salud.

PARTE II- GOBERNANZA EN SALUD y SUS PRINCIPIOS ÉTICOS SUBYACENTES

Un tema central en las investigaciones sociales sobre la *gobernanza en salud* del “Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo”, anteriormente citado, es indagar de qué forma los procesos de toma de decisión³⁵ están vinculados con el principio de *equidad/igualdad de oportunidades, y participación social*, principios explícitos en las constituciones de la mayoría de los países latinoamericanos (derecho a la salud). Estos principios constituyen los objetivos sociales del sistema de salud. La equidad y la participación se determinarán, de acuerdo a Flores³⁶, a partir de los modos de gobernanza. Éstos son producto de la *conflictividad de los valores* e intereses de los actores, que tendrán implicancias sobre la distribución de recursos asignados entre los actores involucrados. En el campo de la *salud*, como hemos anticipado, podemos distinguir dos grandes modelos de gobernanza: II.1- *globalizadora* y II.2-*democrática*³⁷.

(I.1) La “*Gobernanza en salud globalizadora*” defiende un enfoque normativo/ prescriptivo de gobernanza. Un ejemplo de ello es el Banco Mundial, que determina la “Buena gobernanza” asociadas a los mejores resultados: *transparencia y rendición de cuentas*. En la práctica, esto se traduce a reformas institucionales impuestas por estas agencias internacionales a América Latina: *liberalización de las economías y reducción del papel del Estado*. Esta concepción promueve la

Atención Primaria de la Salud – APS-, focalizada hacia los *pobres* (APS pobres).

(II.2) La “*gobernanza democrática*” se define como un proceso político de reformas que promueven la equidad en base a la participación comunitaria. Considera a la gobernanza como una herramienta útil para estudiar las políticas de *APS desde un enfoque integral*, explicando los procesos de cambio y efectividad de las políticas que promueven sistemas integrados³⁸.

Del análisis comparativo de los principios y valores subyacentes en cada uno de los modelos de gobernanza mencionados (equidad, responsabilidad, participación solidaria, entre otros), inferimos las siguientes conclusiones:

a) Equidad:

La *Gobernanza global en Salud*, impulsada por el Banco Mundial, parte de una *concepción de equidad neoliberal*: el criterio del mercado (salud como mercancía). El Banco Mundial es en la actualidad el mayor inversor en salud. Por ello, a pesar de enunciar su sistema de créditos a los gobiernos de América Latina para “*el desarrollo social y económico con equidad*”, lejos de contribuir a la igualdad de oportunidades de los ciudadanos (concepción social de equidad), las políticas de salud aplicadas en la década del 90 en América Latina, e impulsadas por el Banco Mundial, tuvieron como resultado el desmantelamiento de nuestro sistema público de salud³⁹

En el segundo caso, la *gobernanza democrática* promueve la equidad como valor, desde un proceso político de participación comunitaria. Por ejemplo, en el modelo de gobernanza basada en valores (modelo de clan) no prevalecen los intereses privados, sino que se destaca 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, etc). Este modelo se caracteriza como un proceso colectivo y participativo, y soportan alguna forma de liderazgo (dependencia de los actores involucrados, identidad y valores compartidos)⁴⁰.

En ambos casos, no existe una definición normativa de equidad.

b) Responsabilidad social vs responsabilidad individual:

El Banco Mundial minimiza el papel de los Estados en salud pública; y no atribuye responsabilidad en las empresas por la salud de los individuos (contaminación ambiental o accidente de trabajo). De esta manera, da rienda suelta a las industrias y laboratorios internacionales para que consigan sus mayores beneficios. Pero sí responsabiliza de la salud a los propios individuos del tercer mundo... Este discurso global de la gobernanza, con su crítica al Estado de Bienestar extrapolada de Europa, no se ajusta a nuestra historia y a nuestras necesidades.

En contraposición, el segundo modelo de “*gobernanza democrática*”

supone el marco de los determinantes sico sociales, y reconoce en el Estado un actor clave para paliar las desigualdades sociales y económicas, distribuyendo los ingresos. En este sentido, este concepto de gobernanza no implica una crítica al Estado de Bienestar, aún cuando postula reformas en el sector salud (sistema participativo). La responsabilidad en la atención de la salud es social. No recae en estilos de vida individuales, sino en las mismas estructuras sociales y sus consiguientes determinantes estructurales (ingresos,

educación, género, ocupación, variable étnica, posición social) e intermedios (condiciones materiales, cohesión social, factores sico sociales, conductas y factores biológicos) que condicionan la salud. Este enfoque social es retomado por los modelos de APS integral, como analizaremos a continuación.

c) Participación y Atención Primaria de la Salud -APS-

En lo que respecta a la participación, los programas de salud del BM promueven la APS dirigida a

Cuadro 1. Análisis comparativo de los valores y principios éticos subyacentes a los dos modelos paradigmáticos de gobernanza en salud: 1.globalizada y 2 democrática.

1 –“GOBERNANZA GLOBALIZADA”	2-“GOBERNANZA DEMOCRÁTICA”
<p>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD - APS –SELECTIVA (Banco Mundial)</p>	<p>ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD - APS- INTEGRAL-</p>
<p>FOCALIZADA EN LOS POBRES nivel básico de atención de la salud para pobres Prestaciones esenciales , NIVEL BÁSICO</p> <p>VALORES /PRINCIPIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● RENDICIÓN DE CUENTAS ● COSTO EFICIENCIA <p>MEJORAR LOS SEGUROS MÉDICOS</p> <p>RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL Relega en segundo plano la coordinación intersectorial-Intervenciones tecnológicas</p> <p>EQUIDAD DE MERCADO Bajo el concepto de “Desarrollo social y económico con equidad”, el único criterio de equidad que se reconoce es el del mercado (oferta-demanda, costo/eficiencia)</p> <p>PARTICIPACIÓN Descarta la participación de la comunidad en la planificación y el control del proceso estratégico</p>	<p>UNIVERSALISTA Derecho universal a la salud (al nivel más alto)- Cobertura universal Atención integral e integrada</p> <p>VALORES/PRINCIPIOS: DAR RESPUESTA A NECESIDADES énfasis en promoción y prevención JUSTICIA SOCIAL SUSTENTABILIDAD E INTERSECTORIALIDAD</p> <p>RESPONSABILIDAD SOCIAL Políticas y programas pro equidad y acciones intersectoriales Enfoque de determinantes sico sociales</p> <p>EQUIDAD como igualdad de oportunidades /igualdad social</p> <p>PARTICIPACIÓN mecanismos de participación activa orientación familiar y comunitaria</p>

los pobres: “*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*”⁴¹. Este programa focalizado en la pobreza ha sido denunciado por su carácter estigmatizador. La estigmatización ha sido ejercida por el BM en varios aspectos: estigmatiza a las sociedades⁴² al aplicar criterios de evaluación occidentales en programas (etnocentrismo); y estigmatiza a los pobres al elaborar programas de salud focalizados en pobres (APS para pobres).

En el segundo caso, consideran que la “gobernanza democrática” es una herramienta útil para estudiar los procesos políticos e institucionales que atraviesan la implementación de las *políticas de APS integral*. Esta perspectiva *incorpora la dimensión política de los derechos humanos y la ciudadanía e instituye una ética que trasciende el modelo de toma de decisiones basadas primordialmente en cálculos económicos*⁴³. Sus medidas de prevención están en armonía con los principios de igualdad social e igualdad de oportunidades.

Ahora bien, si el modelo de APS integral, considerado como modelo operativo de la *gobernanza democrática*, supone un Estado fuerte que intervenga sobre la desigualdad y los determinantes sico sociales, ¿por qué, entonces, adoptar el marco de

“gobernanza”, concepto que supone un nuevo sistema de gobierno a partir de la crítica del Estado de Bienestar? ¿Es relevante “la gobernanza” para el análisis de la equidad y participación en salud pública?

PARTE III- HACIA UN MODELO SANITARIO EQUITATIVO, PARTICIPATIVO E INTEGRAL PARA AMÉRICA LATINA

Las contradicciones existentes en la aplicación del concepto de gobernanza desde un discurso de izquierda llevaron a algunos autores, como Flores, a reformular la *gobernanza en salud*, entendiendo a ésta como *los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre actores, su dinámica y las reglas de juego con las que una sociedad toma e implementa sus decisiones, y determina sus conductas*”⁴⁴. Esta nueva definición incorpora tres elementos centrales: **1- actores estratégicos y sus recursos de poder; 2- reglas de juego, 3- asimetría de poder entre los actores sociales**. Pero, a diferencia de las anteriores definiciones, no propone un nuevo modelo de gestión a partir de la supuesta crisis de legitimidad del Estado. Sí enfatiza, al igual que la APS integral, la acción colectiva, el concepto de poder, y la importancia de incluir a los excluidos.

Este concepto de *gobernanza en salud* propuesto por Flores adolece de los mismos defectos que el concepto de *gobernanza reflexiva*. Analicemos brevemente sus componentes:

1-Actores estratégicos y recursos de poder: Flores trae a colación una interesante noción *dinámica* de poder,

a través de la cuál se trataría de equilibrar el poder representado en los modelos jerárquicos y el contrapoder de los grupos de presión, representado en los excluidos. El citado autor considera que las relaciones de poder no son mecánicas, debido a que la correlación de fuerzas puede cambiar e incluir a grupos marginados. Por ejemplo, los modos de clan analizados anteriormente – APS integral- se refuerzan con la utilización del *poder simbólico* de los actores que lideran los procesos colectivos. En este sentido, este modelo permitiría la producción y sostenibilidad de los atributos de *participación comunitaria* y *gestión participativa*, los cuáles requieren de la legitimidad de los valores que soportan el modo de clan. Sin embargo, *su legitimidad depende del compromiso entre los profesionales integrantes del equipo de salud y una trama social con valores compartidos (participación comunitaria)*⁴⁵.

2- Reglas de juego: Desde el punto de vista formal existe en nuestra región un amplio reconocimiento de los derechos del paciente y su libertad de decisión (*decisiones compartidas* en la atención de la salud), como así también la participación de asociaciones de pacientes en la toma de decisiones sanitarias (Ej. asociación de pacientes trasplantados, pacientes en lista de espera, grupos de pacientes por enfermedades crónicas, etc). Sin embargo, a nivel de investigación y práctica clínica, los laboratorios/industria continúan definiendo la agenda de prioridades sanitarias y los médicos continúan ejerciendo su poder y autoridad de manera hegemónica, aún cuando en algunos casos se justifica moralmente

su paternalismo. Por ello, en nuestras sociedades no igualitarias, las reglas formales de participación son, en la práctica, efectivas para unos pocos. Los planes inclusivos, como los subsidios sociales focalizados en grupos vulnerables, son insuficientes por estar orientados al clientelismo político, favorecer la estigmatización, y no compensar de raíz las desigualdades.

3- Asimetría de poder: El *diálogo auténtico* exige condiciones de inclusividad (todos los afectados), diversidad (representación de diversidad de intereses), interdependencia (cada uno de ellos gana y ofrece algo con la cooperación). Exige que cada participante persiga su interés con el fin de encontrar una solución que pudiera ser aceptable para todos los participantes (*interest based bargaining*). Sólo de esta manera sería legítimo. Como hemos analizado anteriormente con la gobernanza reflexiva, este modelo de diálogo colaborativo nace en países con una larga tradición democrática y condiciones generales de igualdad. Dada la desigualdad existente en nuestras sociedades y las asimetrías mencionadas, las condiciones de inclusividad del marginado serían sólo formales, y existiría una importante asimetría de poder que impediría el diálogo auténtico en la toma de decisiones sanitarias. En el ámbito de la salud, esta asimetría se refleja en la práctica clínica (asimetría de conocimiento e información en la relación médico y el paciente) y en la investigación, dado el poder de la industria en el “mercado de la salud” mencionado anteriormente.

Al respecto, el mismo Flores reconoce estas asimetrías y limitaciones cuando examina los procesos de toma de decisiones en los consejos municipales de Guatemala. Su trabajo se centra en el estudio de asimetrías de poder (actores, recursos y reglas en juego), concluyendo que la mera creación de esos consejos no garantiza una mayor equidad en salud dado que reproducen las asimetrías de poder preexistentes en la estructura. Más aún, *la participación débil – sin efectiva capacidad decisoria-justificaría la reproducción de las desigualdades bajo una falsa apariencia de transparencia y legalidad*⁴⁶.

En síntesis, para pensar un *modelo sanitario participativo* debemos partir del análisis de las evidencias empíricas sobre las relaciones entre *desigualdades sociales y salud* en nuestra realidad latinoamericana. La participación directa (individual o colectiva) de los ciudadanos, tomada del modelo europeo de *gobernanza en salud*, supone una *ciudadanía activa e igualitaria*, que, gracias a la alfabetización sanitaria y digital, participa en la toma de decisiones de salud pública. No caben dudas de que el problema de acceso a la información es un problema central y determinante para la equidad en la atención de la salud. Es un *derecho del paciente*. Sin embargo, existe una gran idealización de esta ciudadanía activa y sus *decisiones compartidas*, ya que este modelo supone, en teoría, que pueden superarse fácilmente asimetrías propias del sistema de salud y de la sociedad, ya señaladas anteriormente.

El acceso a la información para la participación no es, en nuestra región, la única barrera, y, en muchos casos, no es la barrera central:

*“Cuando nos preguntamos sobre las barreras y la accesibilidad al sistema de salud, generalmente nuestra mirada se dirige a la disponibilidad de la información, las diferencias sociales y simbólicas, los medios económicos y geográficos de acceso.... Aún en aquellos modelos de salud pública que en la actualidad tienen en cuenta la desigualdad y las condiciones estructurales como paradigma para establecer programas preventivos y de intervención en salud, sólo en contadas ocasiones se incluyen las formas en que la violencia cotidiana erosiona las bases de la realidad social compartida y las características de los vínculos entre grupos minoritarios y los representantes de las instituciones de la sociedad dominante” (Epele)*⁴⁷

La desconfianza hacia las instituciones de la salud y la lógica de la sospecha ejercida por el excluido posee sus razones de ser en la misma historia de opresión de la medicina hacia el marginado y vulnerable (tanto en la investigación como en la práctica médica).

La desconfianza constituye una de las barreras centrales al acceso a la salud en nuestro contexto social latinoamericano, y la misma nace, en primer lugar, de hechos y relaciones propias del histórico modelo hegemónico sanitario y, en segundo y último término, de las propias desigualdades sociales.

En primer lugar, en el plano de la salud, podríamos argumentar que la desconfianza es fruto de los abusos en investigación en los países del tercer mundo por la bioindustria, es fruto de la creciente medicalización de la vida, es fruto del aislamiento iatrogénico prolongado en asilos (Ej. comunidades para leprosos)⁴⁸. Más aún, en la actualidad la desconfianza más generalizada hacia el sistema de salud se basa en la creciente *criminalización del paciente* (Ej. consumo de drogas, abortos, salud mental, entre otros). Los enfermos no acuden a los centros de salud porque saben que se los va a denunciar. Los médicos se transforman en semejantes a policías o a jueces. Es por ello que es necesario atender la sospecha y la desconfianza, ya que expresan *relaciones conflictivas* en el sistema de salud entre los profesionales y los enfermos, y denuncian el carácter *estigmatizador* de los programas de drogadicción, alcoholismo, salud mental, que no sólo criminalizan al enfermo, sino que lo sancionan socialmente, promoviendo prácticas activas de discriminación y expulsión.

En segundo lugar, esta desconfianza se acrecienta en sociedades no igualitarias, por el olvido de nuestra propia naturaleza humana como ser social. Necesitamos un entorno de relaciones sociales fuertes, de amigos, familia, redes de apoyo para estar sanos y/o promover la salud. En el caso de los marginados, estas relaciones son inexistentes o débiles. La empatía sólo se produce con aquellos que vemos como iguales. Por ello, la raíz del problema sanitario, y aún la raíz de la desconfianza hacia el sistema de salud y los profesionales, es más profunda,

y se encuentra en las mismas desigualdades de la estructura social, en las desigualdades de ingreso que generan *ciudadanos de segunda* (y **no ciudadanos activos...**).

¿Quiénes son estos ciudadanos de segunda? Son los ciudadanos que sufren diariamente la *privación relativa*, es decir aquellos que viven en carne propia el estatus social bajo, el nivel de subordinados, la discriminación y el menosprecio. Esto conlleva, a nivel *individual*, mayor stress y sufrimiento psicológico, y, a nivel *colectivo*, mayor violencia, desconfianza y falta de compromiso y participación por relaciones sociales débiles. *¿Cómo puede, entonces, responsabilizarse por su salud a estos ciudadanos de segunda?* Ellos son las víctimas de los determinantes sicosociales de su entorno: *el nacer en un contexto de estatus social bajo, el crecer en el marco de relación sociales débiles, y el sufrir las experiencias tempranas desventajosas en la niñez (desnutrición, falta de afecto, violencia, etc)*. Ellos son las víctimas de los programas de salud estigmatizadores y criminalizadores.

La causa de la existencia de estos ciudadanos es la *pobreza relativa*. Por ejemplo, si tomamos en cuenta el salario observaremos que en una sociedad igualitaria los índices de felicidad son mayores que en sociedades donde existen grandes diferencias de ingresos- Lo que importa no es el ingreso absoluto, sino el ingreso relativo. Si comparamos la calidad de vida de los afroamericanos en Estados Unidos y en Costa Rica, observaremos que la calidad de vida es mejor en una comunidad con lazos sociales fuertes -Costa Rica- aún cuando su ingreso sea menor. Su

identidad comunitaria y su sentimiento de pertenencia al grupo es lo que le da valor y significado a su vida, y no el nivel de ingresos absoluto⁴⁹. De acuerdo con Wilkinson, el éxito material de la sociedad moderna se transformó en un fracaso social, expresado en la calidad de las relaciones sociales, el aumento del stress y las nuevas enfermedades vinculadas al mismo (depresión, ansiedad, drogas, violencia, etc); más allá de la conocida destrucción ecológica que los niveles de consumo insostenible traen aparejados.

Por lo tanto, en lo que respecta a la **equidad y la distribución**, no basta con distribuir recursos de manera suficiente o recursos mínimos (posición suficientista). Tampoco se trata de favorecer siempre a los peor situados (prioritarista)⁵⁰. La equidad, y muy especialmente la equidad en salud, debe tener como objetivo mejorar la calidad de relaciones sociales. Y esta no es posible sin la distribución igualitaria de los ingresos y la destrucción de las relaciones jerárquicas y estigmatizadoras (en el interior del sistema sanitario y en la sociedad). En este sentido, entenderé aquí por equidad/igualdad una concepción de libertad real que permita al ciudadano ejercer la capacidad para elegir libremente su plan de vida en un entorno social cooperativo⁵¹.

La confianza y participación sólo serán posibles en sociedades igualitarias/grupos igualitarios; y no en sociedades/grupos jerárquicos y disfuncionales. He aquí que para que el individuo pueda ser feliz y estar sano, se requiere crear un *entorno saludable*, un contexto de relaciones

sociales igualitarias, a partir de las cuáles nacerá la confianza, el compromiso y la participación social. Pero si las relaciones sociales son débiles y jerárquicas, entonces habrá mayor desconfianza, violencia y enfermedades sico sociales; sin que el individuo pueda cambiar su situación (especialmente los más débiles).

Una vez más, sin políticas distributivas a cargo del Estado, sin responsabilidad social, sin un Estado que se ocupe de crear entornos saludables, no será posible construir una sociedad igualitaria. Y esto no implica validar un modelo jerárquico y burocrático en lo político, sino reconocer el rol esencial del Estado en garantizar las condiciones de la igualdad, y fomentar las políticas públicas. Desde ya, la sociedad civil, los ciudadanos, deberán participar activamente para exigir al Estado el reconocimiento efectivo de sus derechos, *pero no desde una estructura política, como la gobernanza, que legitima y refuerza las asimetrías de poder, responsabilizando de la salud al propio individuo, algo que no puede controlar ni elegir.*

Por las razones anteriores, proponemos reemplazar el concepto de *gobernanza en salud* por el simple concepto de *modelo equitativo y participativo en salud pública*, tomando en consideración los conceptos de equidad y participación aquí analizados, y centrándonos en la responsabilidad social del Estado de brindar las condiciones de equidad (entornos saludables). A nivel operativo, consideramos que el modelo de APS integral puede adecuarse al modelo normativo esbozado anteriormente, combinando

políticas intersectoriales. Por razones de espacio no desarrollaremos aquí los aspectos específicos del citado modelo, mereciendo un trabajo aparte.

Conclusiones

1-El concepto de *governabilidad* (*calidad de la acción de gobernar: buena, mala, legítima, ilegítima*) ha sido extrapolado de Europa a América Latina, siendo aplicado en forma inapropiada en nuestra región (donde existía un *problema de democracia/gobernación, y no de gobernabilidad*). El mismo se confunde usualmente con la *governanza* (*acción de gobernar*) y la *crítica al Estado de Bienestar* (*por ineficaz*). En lo que respecta a salud, la mayoría de los estudios *confunden, también, gobernanza y gobernabilidad; incorporando el elemento de legitimidad* en la primera. La *governanza en salud* se presenta como un elemento para la mejora de la *calidad de atención* y como una manera de *legitimar* las decisiones de los gestores sanitarios. También se vincula éste concepto con la crisis del Estado de Bienestar. *El peligro que esconde esta crítica al Estado es la corresponsabilización de la salud a los propios ciudadanos (autocuidados, estilos de vida individual) y su corresponsabilización en el funcionamiento mismo del sistema de salud para mejorar la calidad institucional*. Al respecto, los estudios empíricos sobre determinantes sico-sociales de la salud muestran que el individuo no puede cambiar su propia situación de salud si no se modifica su entorno social (entorno saludable), dependiendo de la responsabilidad

social que le cabe al Estado/ políticas públicas. Esta es, justamente, una de las razones para reivindicar el rol fuerte del Estado en lugar de criticarlo.

2. La “nueva gobernanza” se define como *un nuevo modo de gobernar conforme al cual, en la formulación y aplicación de políticas públicas, no sólo participan las autoridades estatales, sino también las organizaciones privadas (arreglos neocorporativos, redes políticas, etc)*. Esta definición busca producir un cambio en las relaciones entre instituciones gobernantes, empresas privadas y organizaciones voluntarias de la sociedad civil. En teoría, estas nuevas relaciones se dan en un plano *horizontal* de participación, opuesto a la caracterización tradicional *jerárquica* de los gobiernos. *La gobernanza en salud también introduce este nivel participativo, y supone un cambio social o una nueva forma de sistema sanitario, asumiendo los pacientes nuevos roles en su relación con los profesionales*. Se postula el pasaje de un modelo jerárquico a un modelo de *decisiones compartidas por una ciudadanía activa*. Pero este modelo no explica cómo se superarían las asimetrías de la información en salud, cómo se garantizaría la alfabetización sanitaria digital, ni cómo se superaría la marginación, estigmatización y asimetrías de poder, dada las desigualdades de ingreso en América Latina.

3. Uno podría concluir, entonces, que el concepto de *governanza* representa los valores del libertarismo o liberalismo de derecha (Nozick). Sin embargo, éste concepto ha sido utilizado por sectores de izquierda,

distinguiéndose, a nivel general, la *Gobernanza global* y la *Gobernanza reflexiva*; y en lo que respecta a salud, la *gobernanza global del Banco Mundial (APS para pobres)* y la *gobernanza democrática en salud (APS integral)*. Del análisis comparativo de ambos modelos concluimos: 3.1 la *gobernanza en salud globalizada* del Banco Mundial impone una ideología neoliberal de mercado, contraria al espíritu constitucional de América Latina (derecho a la salud y a la igualdad de oportunidades). Sus políticas, con sus programas estigmatizadores (APS para pobres), lejos de promover el desarrollo, la equidad y el bienestar, han destruido el sistema de salud público de nuestra región (liberalización, privatización y fragmentación). 3.2. En su lugar, la *gobernanza democrática* propone un modelo integral de APS que tiene en cuenta el rol del Estado y los determinantes sico sociales, haciendo hincapié en la responsabilidad social y la participación comunitaria para la equidad. No obstante, al utilizar el concepto de *gobernanza*, carece de fundamentación propia y entra en contradicción con el significado original del mismo (Ej rol del Estado y responsabilidad social). La falta de justificación normativa de los modelos latinoamericanos y de sus conceptos claves, como equidad y participación, constituye precisamente su debilidad en el momento de su defensa y de su aplicación.

4- Las asimetrías de la gobernanza y las jerarquías de las sociedades no igualitarias reproducen nuevas desigualdades y relaciones sociales débiles. La *calidad de vida/felicidad/salud en sentido amplio* no se

correlaciona con la riqueza material, sino con la las relaciones sociales fuertes y la riqueza sico social del entorno. Sin políticas distributivas a cargo del Estado, sin responsabilidad social, sin un Estado que se ocupe de crear *entornos saludables*, no será posible construir una sociedad igualitaria. Desde ya, la sociedad civil, los ciudadanos, deberán participar activamente para exigir al Estado el reconocimiento efectivo de sus derechos, *pero no desde una estructura política, como la gobernanza, que legitima y refuerza las asimetrías de poder, responsabilizando de la salud al individuo, por algo que no puede controlar ni elegir.*

5. Por las razones anteriores, propongo reemplazar el concepto de *gobernanza en salud* por el simple concepto de *modelo equitativo y participativo en salud pública*, tomando en consideración los conceptos de equidad y participación aquí analizados, y centrándonos en la responsabilidad social del Estado de brindar las condiciones de equidad (entornos saludables). A nivel operativo, considero que el modelo de APS integral puede ser adecuado al modelo normativo esbozado anteriormente, combinando políticas intersectoriales-

6. La claridad conceptual en la justificación normativa del modelo sanitario desde el paradigma de los determinantes sico sociales brindará claridad de acción al profesional, superando la actual convivencia de paradigmas rivales bajo conceptos comunes, y priorizando la atención de sus nuestras necesidades sanitarias regionales, como lo es la desigualdad social. Se trata de lograr el

compromiso entre profesionales del equipo de salud y la comunidad atendiendo los problemas propios: 1- falta de confianza y sospecha de los sectores más necesitados hacia el sistema de salud (profesionales e instituciones dominantes) por modelos sanitarios jerárquicos, estigmatizadores y criminalizadores; 2 - falta de confianza y violencia general dada por las desigualdades sociales, históricas y estructurales. Esto no implica pensar un modelo que no permita la participación directa de los actores involucrados, y muy especialmente de aquellos actores excluidos (población rural, población en extrema pobreza, desempleados) en las decisiones de salud de nuestra región. Por el contrario, si queremos favorecer un modelo participativo y decisiones compartidas, comenzamos por compensar la desigualdad social a través de la igual distribución de ingresos (renta básica)⁵² para evitar las profundas asimetrías de poder. ■

Notas y referencias:

¹ Véase Banco Mundial, *Invertir en Salud, Informe sobre el desarrollo mundial*, Washington, 1993.

² Sobre el tema del conocimiento como determinante social de la salud véase Pellegrini Filho A, *Inequities in access to information and inequities in health*, Revista Panamericana de Salud Pública, 2002, May-June 11, ISSN 10204989, Nro. 5/6: 409-412.

³ Sobre determinantes sico sociales véase Wilkinson, R; *The impact of inequality*, New York, The New Press, 2005. Véase en español Wilkinson, R y Pickett, K; *Desigualdad*; Turner Noema, 2009, 320 ps.

⁴ Véase Internacional Development Research Centre–IDRC-, *Research for Health Equity*, Ottawa, 2009. En: http://www.idrc.ca/en/ev-117564-201-1-DO_TOPIC.Html

⁵ Véase Báscolo, E, *Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud*; Revista Salud Pública, 2010, 12, 1: 8-27.

⁶ Véase Mayntz, R, *El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna, Reforma y Democracia*, Revista del CLAD, 2001, Nro. 21. Véase también Mayntz, R, *Governance en el Estado Moderno*, Revista Postada, abril de 2006, Nro 11,

⁷ Como paradigma alternativo al gobierno tradicional representativo, la gobernanza nos ofrece un espacio público donde los ciudadanos y asociaciones participan directamente en los procesos deliberativos, en la formulación de políticas y en la gestión de programas públicos. Véase para su ampliación Blanco y Gomá, R, *Gobiernos locales y redes participativas*, Barcelona, Ariel, 2002

⁸ Véase Rhodes, R, *The new governance: Governing without government*, *Political Studies*, XLIV, 1996, pp.652-667

⁹ Véase Camou, A, *Tres miradas sobre la (in) gobernabilidad: eficacia, legitimidad y estabilidad política*, 2000, en: <http://www.antonioamou.com.ar> -Cfr. Crozier, Samuel Huntington y Joji Watanuki, *The Crisis of Democracy. Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*, New York University Press, 1975.

¹⁰ Desde mediados de los años setenta el concepto de 'ingobernabilidad' proyecta una trayectoria ascendente muy pronunciada, tanto en la teoría de la política internacional como en las publicaciones políticas. Véase sobre el tema Offe, Claus, “Algunas contradicciones del moderno Estado de Bienestar”, en *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, México, Alianza Universidad, 1988.

¹¹ Véase Camou, *op. cit.*, 2000

¹² *Ídem*

¹³ Un nuevo modelo de gestión más eficaz y ágil (problema de eficacia/eficiencia), caracterizado por la participación de los ciudadanos, el equilibrio entre el poder público, la sociedad civil y las organizaciones privadas.

¹⁴ Véase Cohen, M A, Democracia deliberativa y gobernanza ambiental: ¿conceptos transversales de una nueva democracia ecológica?; *Sociología*, año 28, número 80, 2013: 73 -122.

¹⁵ La categoría de gobernabilidad, a diferencia de gobernación/gobernanza, lleva implícita la idea de que existen parámetros de evaluación de la acción gubernamental. Ambos conceptos son problemáticos en sí mismos. Constituyen términos polisémicos, es decir poseen más de un significado, y tienen implicancias mutuas, no existiendo claridad conceptual ni de uso.

¹⁶ El concepto de gobernabilidad se encuentra marcado por implicaciones pesimistas (crisis de gobernabilidad) y a menudo conservadoras. El término se presta a múltiples interpretaciones. No es tarea fácil extraer de la literatura especializada, vasta pero poco sistematizada, amplia pero a menudo confusa, hipótesis claramente planteadas. Véase Pasquino, G, Gobernabilidad, en Bobbio, N et al., *Diccionario de Política*, (Segunda Edición, 1983), México, Siglo XXI, 1988, pp. 192-199.

¹⁷ Véase Médici, A, Globalización, crisis del estado de derecho y derechos humanos (inédito)- Véase también Santos de Souza, B, El derecho, la política y lo subalterno en la globalización contrahegemónica”, en Santos de Souza y Rodríguez Garavito eds, *El derecho de la globalización desde abajo: hacia una legalidad cosmopolita*. Barcelona: México, DF: Anthropol Editorial: UAM-Cuajimalpa 2007. 351p.

¹⁸ Constituye un modelo teórico (de izquierda) de los países Europeos desarrollados, y descansa en el diálogo auténtico como una forma de legitimar las decisiones políticas de la democracia deliberativa. En la teoría de la gobernanza reflexiva se estudian las formas de organización colectiva (nuevos movimientos sociales) y la distribución de la información como formas alternativas. La red, como organización colectiva, permite su autoregulación como un modelo policéntrico y la creación de conocimiento colectivo, base para la toma de decisiones. Véase Innes and Booher, Collaborative policymaking: governance through dialogue; en Hajer, Maarten and Hendrik Wagenaar eds, *Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp. 33- 59. Véase también Ostroms, E. et al; *Revisiting the commons: local lessons, global challenges*, Science, vol. 284, 9 April 1999: 278-282. Cfr. Hass, P. et al, *Learning to learn: improving international governance*, *Global governance*, Nro 1; 1995: 225-285.

¹⁹ Véase Médici, A, Sociedad civil transnacional. Una introducción a su análisis, en Revista de Relaciones Internacionales, UNLP, Nro. 29, dic. 2010. Véase también Médici, A, La complejidad y tensiones de la sociedad civil en las negociaciones del ALCA: entre la participación reglada y la movilización contestataria, IRI; UNLP; 2012; y Médici, A, Globalización, crisis del estado de derecho y derechos humanos (inédito)-

²⁰ Véase Elgarte, J, An evaluation of Innes and Booher collaborative policymaking, Inédito, Bélgica, May 2005.

²¹“Las personas de derecha celebran la libertad que gozan todos en una sociedad capitalista liberal. Las de izquierda replican que la libertad celebrada por la derecha es sólo formal, que, mientras los pobres son formalmente libres de hacer todas esas cosas que el Estado no les prohíbe a nadie, su situación lamentablemente implica que en realidad no son libres de hacer muchas de ellas, ya que no pueden permitírselas, y por lo tanto, no pueden hacerlas.”. Véase Cohen, G, Por una vuelta al socialismo, México, Siglo XXI ,2014, p.117

²² Véase WHO, Good governance for health, WHO/CHS/HSS98.2; World Health Organization, Geneva 1998; Cfr. PNUD, Reconceptualizing Governance, United Nations Development Programme, New York, 1997.

²³ Véase Del Llano, et al, ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el sistema nacional de salud? Valoración según los barómetros sanitarios, Madrid, Ergon, 2006.

²⁴ De esta manera, el tradicional modelo médico, caracterizado por relaciones jerárquicas, sería gradualmente reemplazado por un nuevo modelo sanitario, basado —en términos ideales- en relaciones de igualdad, horizontalidad, autodeterminación informativa, y responsabilidad compartida en salud (decisiones compartidas)

²⁵ Véase Crawford et al, Systematic review of involving patients in the planning and development of health care, British Medical Journal, 2002, 325:1236.

²⁶ Véase White, D, Consumer and community participation: a reassessment of process, impact and value; en: Albrecht G et al, Handbook of social studies in health and medicine, London, Sage, 2000.

²⁷ Véase Jovell, A.J, et al, ¿El paciente a la universidad? www.universidadpacientes.org, Formación Médica Continuada, 14, 6, 301-4, 2007.

²⁸ Véase Jovell, A, El paciente del futuro, Barcelona, Fundación Joseph Laporte, 2001. Véase también Coulter, A y Magee, H, The european patient of the future, Maidenhead, Open University Press, 2003.

²⁹ Véase Ingelhardt, R, El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas, Madrid, Centro de Estudios Sociológicos, 1991.

³⁰ Véase Tsaganourious, Z, Cyberdemocracy, London, Routledge, 1998

³¹ Véase Subirats, J, Nous mecanismes participatius I democracia: promeses i amenaces”, Àmbits, Nro 6, 1998. Véase también Subirats, J, ¿Existe sociedad civil en España?, Madrid, Fundación Encuentro, 1999.

³² Véase Declaración de Barcelona, 2008, en: www.webpacientes.org/fep

³³ Véase Arrow, K, Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *The American economic review*, Vol. LIII, Dec 1963, Nro. 5.

³⁴ Véase Cohen, G, *Por una vuelta al socialismo*, México, Siglo XXI, 2014.

³⁵ Algunos autores, como Báscolo, distinguen tres modelos de gobernanza –utilizando aquí el término como sinónimo de sistema de gobierno–: 1-el modelo sanitario jerárquico se basa en reglas y normas burocráticas, con modalidad jerárquica y formal. El actor con un rol relevante sobre la producción de normas de regulación tendrá influencias sobre la distribución del poder y servicios de salud. La legitimidad de las normas tiene influencia sobre la efectividad de las mismas. 2-En el segundo modelo de incentivos la evaluación se basa sobre sistemas de información de asignación de recursos. Su efectividad y legitimidad depende de si la conducta de los actores debería ser vulnerable a los incentivos, lo cual supone un registro de información para justificar las decisiones. Por último, 3- el modelo basado en valores, destaca una visión y valores compartidos que permite coordinación de unidades productivas y actores (socialización de actividad, espacios participativos, comités de evolución entre pares, sensibilización del trabajo, procesos colectivos y participativos con alguna forma de conducción y liderazgo). Su evaluación depende de los valores asumidos y la legitimidad reconocida a la auto-evaluación como parte del modelo de gestión. Tiene como limitaciones la dependencia a los actores involucrados, identidad y valores. Véase Báscolo, E, *Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud*; *Revista Salud Pública*, 12, 1, 8-27, 2010.

³⁶ Véase Flores, W, *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, 28-38, 2010.

³⁷ Si bien existe a nivel intermedio una tercera corriente, administrativa, la misma no será desarrollada aquí por exceder nuestro objetivo. la denominada corriente descentralizadora, se presenta como una pura corriente administrativa-técnica y apolítica. Caracteriza a la gobernanza como un conjunto de herramientas administrativas de gestión pública.

³⁸ Sobre los modelos analíticos propuestos de Gobernanza en salud véase Hufty, M, Báscolo, E, *op.cit*, 2006, y Báscolo, E, *Gobernanza de las organizaciones...*, *op.cit*, 2010. Este enfoque analítico parte de su necesidad de diferenciarse de los enfoques normativos del Banco Mundial. No obstante, como bien lo señala Flores, estos enfoques ponen énfasis en la aplicación de los instrumentos metodológicos para entender los procesos de cambio, sin especificar si son justos o no para alcanzar los objetivos sociales que se proponen las organizaciones y actores, y sin reconocer que la simple elección de variables supone un juicio de valor. Cfr. Flores, W, *Los principios éticos...*”; *op.cit.*, 2010

³⁹ Véase Ugalde, A, et al, “Las políticas de salud del Banco Mundial, una revisión crítica”; en *Cuadernos Médicos y Sociales* Nro 73, pp. 45-90. Véase también Ugalde, “The World Bank and international health policy. A critical review”; *Journal of International Development* 7 (3):525-541, 1995

⁴⁰ Véase Báscolo, *op. cit*, 2010, p.18

⁴¹ Véase Banco Mundial, *Informe Invertir en salud*, *op. cit*, p.5

⁴² Al igual que nuestra crítica al concepto general de gobernanza, se sostiene que la postura del Banco Mundial se caracteriza por ser etnocéntrica en tanto la buena gobernanza se refiere a seguir prácticas de las economías y sociedades occidentales.

⁴³ Stolkiner, A, 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

⁴⁴ Véase Flores, W, Los principios éticos., *op.cit.*, 2010.

⁴⁵ Se requieren procesos continuos de consulta, monitoreo e implementación de políticas públicas, como así también el fortalecimiento de la sociedad civil. La Gobernanza democrática exige, en teoría, una ciudadanía informada acerca de sus derechos y obliga a rendir cuentas al gobierno.

⁴⁶ Flores, *op.cit.*, 2010.

⁴⁷ Epele, M, “Sobre barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y Atención primaria de la salud”, en Maceira, D, Atención Primaria de la Salud, Paidós, Tramas Sociales, 44, 2007, p.154.

⁴⁸ “Los médicos incitaban el miedo al contagio”. Testimonio de un ex paciente de Leprosario de la Provincia de Buenos Aires (denuncia de aislamiento, estigmatización, discriminación, criminalización y violencia)- Video documental presentado en las XIII Jornadas Anuales de Salud Mental, Moreno, 2014.

⁴⁹ Wilkinson, R, y Pickett, K, Desigualdades, *op.cit.*, p. 76

⁵⁰ Sobre el tema véase Elgarte, J, El porqué de la Infelicidad Colectiva..., Jornadas de Filosofía, FAHCE, UNLP: 2011- Actas en: [http:// www.jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar](http://www.jornadasfilo.fahce.unlp.edu.ar)

⁵¹ En este punto comparto la posición de Amartya Sen sobre las dificultades del entendimiento unifocal de las exigencias de la igualdad, y la importancia de reconocer que existe compatibilidad entre diferentes definiciones de equidad/igualdad liberales. Sin embargo, considero que se necesita una teoría comprehensiva, al modo de la propuesta por Ronald Dworkin. Véase Sen, A, La idea de la Justicia, Madrid, Taurus, 2009, p. 327. Cfr. Dworkin, R, Justicia para Erizos, Buenos Aires, FCE, 2014.

⁵² Existe poco o nula información sobre estos grupos sociales, que sufren, directamente, las consecuencias de la inequidad; y que experimentan barreras para acceder y participar en las políticas públicas de salud. Sobre la historia de la idea de la renta básica y de los debates que ha suscitado, véase Van Parijs, P. y Vanderborght, Y. (2006): La renta básica. Una medida eficaz para luchar contra la pobreza, Barcelona: Paidós. El original francés puede descargarse en http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/etes/documents/2_7071_4526_2.pdf