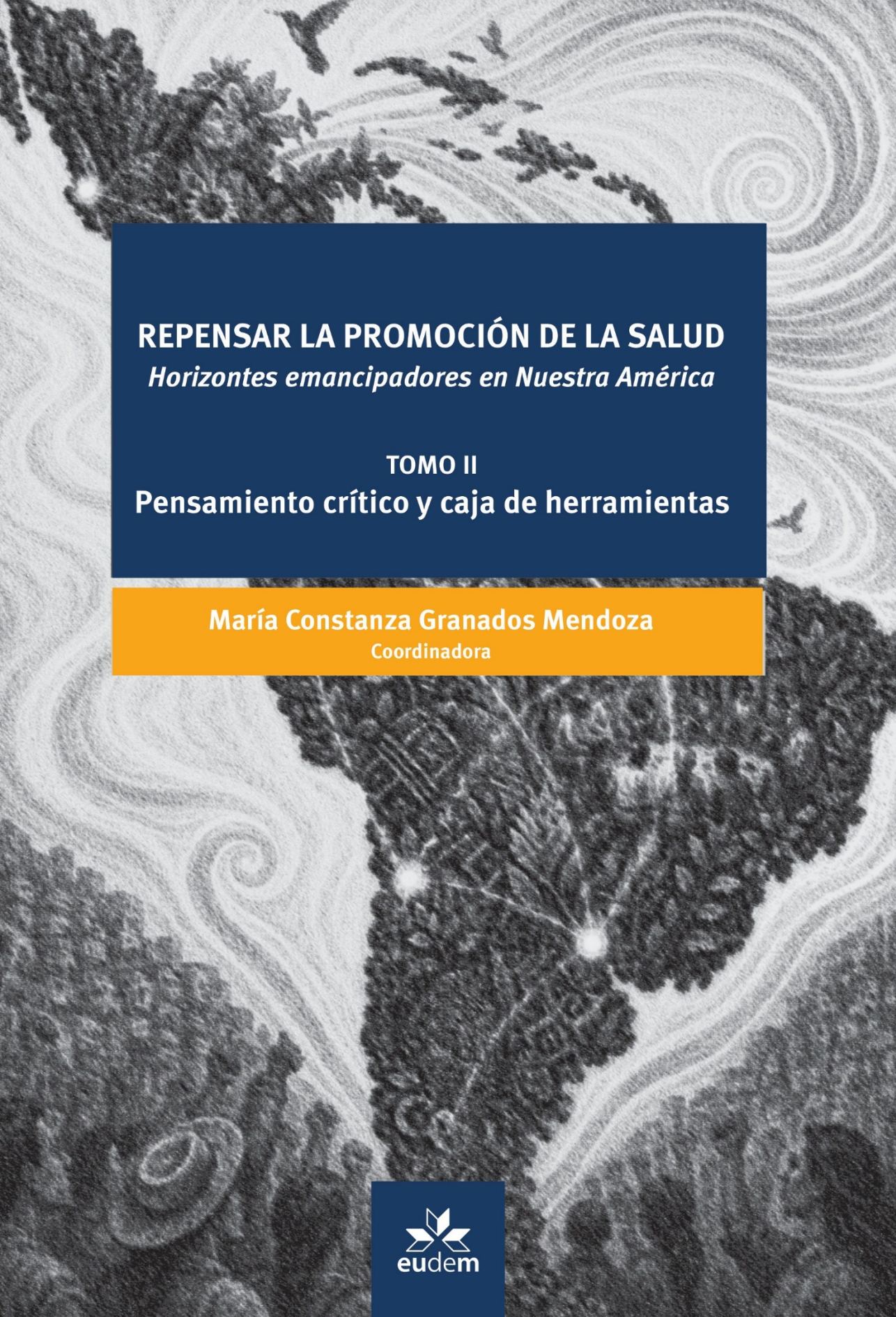




REPENSAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Horizontes emancipadores en Nuestra América

TOMO II

Pensamiento crítico y caja de herramientas

María Constanza Granados Mendoza

Coordinadora

En un escenario global signado por crisis climáticas, desigualdades estructurales y una alarmante sindemia nutricional, la medicina tradicional compartimentada resulta insuficiente. Como una respuesta surgida desde las entrañas de América Latina, este segundo tomo se propone resignificar la salud desde un enfoque crítico. Asimismo, plantea una transformación epistémica y ontológica profunda, sustentada en la fuerza de lo comunitario. Convocando el pensamiento crítico nacido en países como Ecuador, México, Argentina, Bolivia, Colombia, Brasil, Costa Rica y Chile, las páginas de este libro cimentan una promoción de la salud emancipadora, sociobiocéntrica y radicalmente comprometida con la soberanía de la vida.

A través de una sólida estructura que entrelaza la teoría con las realidades territoriales, el libro ofrece una auténtica "caja de herramientas" orientada al fortalecimiento de capacidades colectivas. A lo largo de sus capítulos se abordan debates fundamentales y urgentes para el siglo XXI: desde la soberanía sanitaria, la cooperación internacional y los derechos humanos, hasta la encrucijada de la soberanía alimentaria y los nuevos atributos de la intersectorialidad. Además, se exploran las redes de gobernanza, la abogacía de políticas saludables y la potencia de los activos para la salud que emergen desde los vientos y saberes de nuestra región.

Concebido como una obra fundamental para estudiantes, profesionales, investigadores y activistas comunitarios, este tomo trasciende la mera acumulación conceptual para ofrecer pistas metodológicas orientadas a la acción

REPENSAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Horizontes emancipadores en Nuestra América

TOMO II: Pensamiento crítico y caja de herramientas

MARÍA CONSTANZA GRANADOS MENDOZA
(coord.)



Repensar la promoción de la salud : horizontes emancipadores en Nuestra América : pensamiento crítico y caja de herramientas / María del Consuelo Chapela Mendoza ... [et al.] ; Coordinación general de María Constanza Granados Mendoza. - 1a ed. - Mar del Plata : EUDEM, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6662-80-4

1. Promoción de la Salud. I. Chapela Mendoza, María del Consuelo II. Granados Mendoza, María Constanza, coord.

CDD 610

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723 de Propiedad Intelectual.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio o método, sin autorización previa de la editorial y los autores.

ISBN: 978-631-6662-80-4

Este libro fue evaluado por el Dr. Miguel Malo

Primera edición digital: octubre 2026

© 2026 María Constanza Granados Mendoza

© 2026, EUDEM

Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Jujuy 1731 / Mar del Plata / Argentina

Arte y Diagramación: Luciano Alem y Agustina Cosulich

Colaboración en la revisión del contenido: Lorena Lázaro Cuesta

Imagen de tapa: Gemini (Google), 2026



Libro
Universitario
Argentino

Dedicatoria

A María del Rocío Sáenz Madrigal

Dedicamos este tomo en su memoria. La recordamos como compañera de equipo y colega, reconociendo que su vida y obra la llevaron a constituirse en una figura clave para la formación de profesionales de distintas disciplinas científicas. Su trayectoria estuvo marcada por la defensa de la salud como un derecho humano y por el compromiso con el fortalecimiento de un sistema de salud solidario.

El 15 de marzo de 2026, a los 67 años, falleció María del Rocío Sáenz Madrigal en Santa Cecilia de Puriscal (Costa Rica), lugar por el que sentía un absoluto arraigo. Como maestra y mentora de un pensamiento social crítico y profundo nos deja un vacío profundo, pero también el legado imborrable que representa el compromiso permanente de la salud pública con la justicia social.

Pocos profesionales como ella entendieron y tejieron el puente entre lo social y la atención en salud, de allí su afán prodigioso en la innovación de políticas públicas multi y transdisciplinarias. Sus criterios como salubrista, médica y gestora pública, tuvieron eco en los más altos estrados de las organizaciones internacionales dedicadas a la salud. Su entrega, pasión, convicción y sentido crítico, marcó no solo la formación de generaciones de salubristas y de promotores de la salud, sino que bordó grandes transformaciones a partir de un ejercicio ético y eficiente en la gestión institucional. De hecho, fue la primera médica en liderar el sector social en un gobierno, y la primera persona en asumir tanto el más alto cargo de la institución rectora de la salud (Ministerio de la Salud) como de la institución autónoma dedicada a la prestación de los servicios de salud (CCSS), lo que marca un hito.

Tabla de contenido

Agradecimientos	15
Prólogo	17
Introducción	23
Apuntes sobre la trayectoria de los nuevos problemas de la promoción de la salud	25
Un problema de justicia	27
Un problema epistémico	29
Promoción de la salud crítica como insubordinación epistémica	32
Búsqueda colectiva de una insubordinación epistémica	33
Capítulo I:	
Promoción de la salud emancipadora en la reparación de sociedades de la vida.....	43
Introducción: ¿Cuál y por qué el sentido de una promoción crítica emancipadora de la salud (PSE)?	43
Promover la vida y la salud en una civilización que las niega	44
La vida y la salud en la civilización malsana del siglo XXI.....	44
Estrategias urgentes	47
El sentido profundo de la prevención y promoción en salud.	
Una mirada emancipadora desde la epidemiología crítica	56
La necesidad de distinguir las dimensiones y ámbitos de la prevención y la promoción: salud individual, salud pública y salud colectiva	56
La desigualdad como expresión histórica de las relaciones de poder	57
Las herramientas analíticas y de campo para repensar la promoción emancipadora.....	59
Hacia una pedagogía crítica de la promoción.....	85
La gobernanza tecnocrática del pensamiento y la promoción.....	85

Fundamentos para una pedagogía crítica de la promoción (mirada desde la pedagogía y la epidemiología latinoamericana)	88
Herramientas que ofrecen la pedagogía y la epidemiología críticas para el desarrollo de una pedagogía crítica de la promoción.....	90
La promoción como praxis pedagógica y la pedagogía como promoción	93

Capítulo II:

Salud global emancipadora 107

Introducción	107
Historia y política de la salud global: de las ligas sanitarias al siglo XXI ...	108
El siglo XXI: interdependencia, mercado y soberanía sanitaria.....	110
El enfoque emancipador	112
Emancipación: trayectorias históricas y contemporáneas	114
Soberanía sanitaria: un concepto emergente en América Latina	115
Derechos humanos en salud: evolución normativa y desafíos contemporáneos	118
Prospectiva: reconfiguración del poder global, inteligencia artificial y derechos humanos	120
Determinantes internacionales de la salud	122
Modelos de desarrollo.....	122
Métodos e instrumentos para medir niveles de desarrollo	125
Principales instrumentos.....	126
Experiencias de sistemas de salud comparadas por regiones	128
Cruce analítico de los modelos de desarrollo con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos.....	130
Modelos de desarrollo y su articulación con la salud.....	130
Comercio y mercado global	132
Métodos e instrumentos de regulación del comercio en salud	132

Recomendaciones.....	137
Ciencia y tecnología como campo internacional de la salud.....	137
Concepto de innovación como motor de equidad y riesgo de dependencia tecnológica.....	138
Métodos de regulación y gobernanza tecnológica.....	139
Ciencia y tecnología: cruces con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos.....	140
Experiencias modernas: vacunas contra la COVID-19, telemedicina e inteligencia artificial.....	141
Vacunas contra la COVID-19.....	141
Telemedicina	141
Inteligencia artificial en salud	142
Experiencias y casos	143
Recomendaciones estratégicas	144
Cooperación internacional en salud: entre solidaridad y tensiones	146
Hitos históricos.....	147
Nueva arquitectura de cooperación técnica	147
Posibles líneas estratégicas de cooperación técnica	148
Experiencias recientes	148
Cultura y salud: diversidad, prácticas y tensiones	150
Influencia cultural en la salud	151
Culturas protectoras y nocivas.....	151
Cultura ancestral e influencia en la salud comunitaria.....	151
Métodos e instrumentos de cooperación cultural en salud	152
Reflexión: cultura emancipadora, cambios silenciosos y dilemas contemporáneos	154
Cultura emancipadora.....	154
Cambios silenciosos.....	155

Dilemas contemporáneos.....	155
Articulación de los determinantes internacionales de la salud con los ejes centrales.....	157
Panorama comparado por continentes: avances y desafíos.....	157
Avances.....	159
Desafíos.....	159
¿Qué hemos ganado en 125 años?	160
Ganancias en esperanza de vida.....	160
Reducción de la pobreza	160
Educación como factor determinante.....	160
Modelos de desarrollo y bienestar	161
Semejanzas y diferencias	161
Lecciones para el futuro	161
Conclusión	162
Algunas rutas para enfrentar efectos adversos	162
 Capítulo III:	
Soberanía alimentaria ¿Utopía o realidad?	179
Introducción.....	179
Crisis alimentaria y soberanía popular: una mirada crítica desde la determinación social.....	180
Soberanía y seguridad alimentaria: una mirada crítica desde la salud colectiva y la estructura social.....	183
La dimensión de la disponibilidad: la concentración y la dependencia estructural.....	184
Acceso a los alimentos: la reproducción de la desigualdad	184
Utilización: la crisis metabólica del desarrollo.....	185
Estabilidad: vulnerabilidad sistémica y choques externos	186
Capitalismo voraz: el alimento como mercancía.....	188

Vínculo indisoluble entre comida, identidad y clase	192
El cuerpo como sitio de poder.....	196
La soberanía como vehículo de la capacidad saludable	197
Primer acto soberano por excelencia.....	198
Desafíos y oportunidades.....	200
Estrategias globales para el desarrollo de la soberanía alimentaria	202
La crisis agroalimentaria en América Latina: ejemplos de subordinación y resistencia	208
Final esperanzador	211

Capítulo IV:

Epistemologías en promoción de la salud 223

Introducción.....	223
Polisemia en promoción de la salud	224
Enfoque positivista	225
El tránsito pospositivista del enfoque de salud pública.....	229
Una mirada comprensiva y contextual	230
Enfoques críticos.....	231
Enfoques críticos y ontoepistemologías emergentes	233
Consideraciones finales	236

Capítulo V:

¿Cuáles serían los atributos para la intersectorialidad en el siglo XXI? 247

Introducción: la conexión entre promoción de la salud y la intersectorialidad	247
¿Y llegó el siglo XXI!	248
¿Dónde hay señales de intersectorialidad? ¿Dónde hay oportunidades para implementar mejoras?	250
¿Qué iniciativas hay en México?.....	251

¿Qué iniciativas hay en Perú?	253
¿Qué barreras hay en Perú?	254
¿Qué iniciativas hay en Brasil?.....	255
¿Qué podemos reflexionar sobre los tres países?.....	256
Exploremos entonces los temas en abierto	257
Para presentar un banco de preguntas para la investigación	258
¿Cómo se cuentan las generaciones?.....	263

Capítulo VI:

Gobernanza y ONG para la abogacía de políticas saludables..... 275

Introducción.....	275
La gobernanza: elementos conceptuales y prácticas.....	276
Gobernanza en salud y promoción de la salud	281
Las ONG y la gobernanza en salud.....	285
<i>Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes.</i>	
Una experiencia exitosa de gobernanza en salud	286
Etapa 1. Acercamiento y negociaciones con el sistema de salud costarricense.....	287
Etapa 2. Identificación de las ONG y grupos de voluntariado	288
Etapa 3. Capacitación a las voluntarias de la organización no gubernamental.....	289
Etapa 4. Integración del voluntariado con los equipos del hospital	290
Etapa 5. Ejecución y operacionalización de la navegación de pacientes	290
Etapa 6. Evaluación y seguimiento	291
Conclusiones	293
Bibliografía	298
Notas	302

Capítulo VII:

Activos para la salud desde los vientos de América Latina 307

Introducción307

Una visión general de la salutogénesis y activos en salud309

De la enfermedad a la salud: un cambio necesario de paradigma.309

La emergencia del paradigma salutogénico309

Contribuciones latinoamericanas para la conceptualización de activos
para la salud.....310

Modelo de activos para la salud: conceptualización y evolución312

Clasificaciones de activos para un marco integrador313

Mapa de activos: herramienta fundamental para la acción comunitaria
.....314

Relevancia del modelo de activos para la salud en América Latina314

Activos para la salud desde los vientos de América Latina: desafíos y
ventanas de oportunidad.....316

Propuestas de evaluación e indicadores para el trabajo con activos
desde América Latina320

Aplicaciones del modelo de activos para la salud en espacios
latinoamericanos.....326

Universidades promotoras de la Salud y procesos de gestión comunitaria
basada en activos. Reflexiones desde la consultoría para Universidades
Promotoras de Salud (UPS)328

A 20 años de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de
la Salud (RMUPS).....331

Programa Permanente de Formación de Promotoras de Salud Comunitaria
en Sonora, México. Instituto Mexicano de Promoción de la Salud
Comunitaria333

El impulso al enfoque de la salud basada en activos comunitarios
desde el Ministerio de Salud de Chile336

Cocreando iniciativas comunitarias para la promoción de la salud en un distrito del sur de Quito, Ecuador	338
Consideraciones finales	340
Agradecimientos.....	341
Sobre los autores_	355

Agradecimientos

A la profesora María Consuelo Chapela Mendoza por su orientación permanente a la obra colectiva y apoyo decidido para reconocer la promoción de la salud como una oportunidad para la transformación que convoca el compromiso de todos en Nuestra América.

Al profesor Jaime Breilh por su orientación y aportes para posicionar posturas críticas y construcciones populares-académicas de una sociedad centrada en la vida, la equidad y la plena bioseguridad (sociobiocéntrica), mediante una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad.

Al profesor Miguel Malo por sus valiosos aportes en la revisión y orientación para la construcción de obra completa.

A la magíster licenciada en Nutrición Celeste Nessier por sus contribuciones en el capítulo 3: “Soberanía alimentaria: ¿utopía o realidad?”.

Prólogo

María Constanza Granados Mendoza

Para motivar la lectura de este segundo tomo de nuestra obra colectiva – Promoción de la salud en Latinoamérica - *Abya Yala*, “Aportes a la Promoción de la Salud en Nuestra América” – me aproximo desde voces latinoamericanas al contexto en el que esta nace; porque es desde nuestros países que se han ido construyendo nuestra comunidad en el tema y la caja de herramientas que se alimenta de manera permanente con aportes de quienes asumimos el compromiso de aportar a caminos emancipadores.

Vivimos en tiempos en los que la vida se niega y la equidad es una utopía. La solidaridad es una bandera difícil de sostener y la salud, una mercancía que lucra a algunas minorías, en lugar de ser un derecho garantizado para todos. Vivimos en medio de una crisis civilizatoria que nos convoca a todos a aportar, a hacer camino, a construir con otros y a creer que los cambios necesarios son posibles si fortalecemos los procesos colaborativos, reconocemos la fuerza de lo comunitario y decidimos sumar para ser parte de la solución.

Nuestra América se une tejiendo voces, aprendizajes y caminos que evidencian que es posible construir opciones transformadoras si reflexionamos juntos, alimentamos los procesos con aprendizajes colectivos y abrazamos la incertidumbre que genera separarse de la apuesta por verdades que deben ser seguidas, memorizadas y aplicadas sin cuestionar. Al unir esfuerzos en este compromiso compartido, además de las reflexiones de los autores de los capítulos, traemos voces que guían nuestro proceso al asumir retos que consideramos fundamentales.

Sobre la construcción de sujetos comunitarios que se realizan en el encuentro y la construcción colectiva, Rafael Bautista, desde Bolivia, plantea que el vivir bien está vinculado al fortalecimiento del sentido de comunidad:

El “vivir bien” constituye [...] el modo-de-existir donde se reúnen la identidad y el horizonte trascendental que estructura éticamente al sujeto como comunidad-de-vida; este modo, como modo-de-existir, es lo que estructura también su estado de exposición. Esta exposición es expresión que, en principio, no es expresión estética sino ética; en ella está comprometida la posibilidad de

su realización como sujeto. Su acceso a lo real, es decir, a crear realidad, un mundo pleno de significatividad, sólo puede lograrse en tanto sujeto, cuyo horizonte trascendental es el despliegue del “vivir bien” como estructura-de-vida.¹

Es desde este pensamiento colectivo que se puede construir una sociedad que proteja la vida y la dignidad humana. Así, ante formas de relación colonizadoras y poco respetuosas que invisibilizan a los otros en nuestra América, Chapela, desde México y Alasino, desde Argentina, nos invitan a trabajar para garantizar “el ejercicio y desarrollo de la capacidad saludable de las personas y sus colectivos, que se exprese en perfiles epidemiológicos que resulten de una manera más justa, libre, buena, bella y sabia de existir en sociedad”.² De esta manera, es posible rescatar el valor de la vida, la empatía y el cuidado mutuo, para que la exhibición pública del poder de la muerte no sea parte de nuestra realidad. Frente a esto Rita Segato, desde Argentina, propone que construyamos un cambio de sensibilidad frente a la crueldad y nos planteemos otras metas de felicidad, diferentes a las que propone el patriarcado: aprender a vivir de otra forma, relacionarnos de otra manera y construir horizontes más benignos como humanidad.

Para lograr estas transformaciones, se hace necesario avanzar hacia una academia que esté al servicio de una sociedad de la vida. Entendiendo que ha estado domesticada al servicio del modelo de desarrollo imperante, Breilh, desde Ecuador, instala como camino “construcciones popular-académicas de sociedades centradas en la sustentabilidad, soberanía y equidad de la vida como fundamentos de una plena bioseguridad (socio-biocéntrica), y fundadas en una investigación intercultural, interdisciplinaria y basada en la comunidad”.³

Es así como nuestra Caja de herramientas se construye con aportes y voces de otros países decididas a sumar, construir colaborativamente, hacer camino y abrir oportunidades para un aprendizaje permanente que dé lugar a una comunidad desde la que se tejan apuestas emancipadoras y se aporte a hacer camino en la construcción transformaciones fundamentales para el cuidado de la vida.

Este libro da continuidad al proceso iniciado en favor del fortalecimiento de capacidades en promoción de la salud. Se constituye desde el complemento, la reflexión, la valoración de las diferencias y la articulación de esfuerzos en favor de los objetivos que nos convocan con esperanza compartida. Aporta

elementos para construir otras maneras de relacionarnos –con nosotros, con los demás y con la naturaleza– y de cuidar la vida misma. Pretende aportar desde la certeza de que sí son posibles las transformaciones que nuestro mundo necesita en este momento histórico, que permitan avanzar para lograr unos mínimos éticos de justicia social y calidad de vida en condiciones de equidad.

El tomo II aporta bases conceptuales, epistemológicas y ontológicas a partir de reflexiones permanentes y en diálogo con las realidades de nuestros países. Presenta pistas sobre caminos metodológicos que permitirán sumar fuerzas, construir conocimientos, gestar procesos colaborativos en la región y mostrar pasos que pueden darse para que asumamos compromisos de transformación en favor del cuidado mutuo y cuidado de la vida. En cada capítulo presentamos recursos para reflexionar, asumir posturas, tener claridades conceptuales, poner a dialogar perspectivas con contextos particulares y asumir el reto permanente de aportar a construcciones colectivas que abran oportunidades para la salud y la equidad. Partimos de la necesidad de asumir una postura y optar por una promoción de la salud que realmente permee la gestión de la salud, nos ubicamos en un contexto compartido a nivel de salud global en un momento histórico particularmente complejo.

En este recorrido, voces de diferentes países nos comparten reflexiones que instalan retos, caminos y oportunidades. Jaime Breilh Paz y Miño, desde Ecuador, abre magistralmente el tomo con una potente reflexión en torno a la promoción de la salud emancipadora en la reparación de las sociedades de la vida. Explica sus planteamientos conceptuales en relación con la epidemiología crítica de la salud y su promoción, con esto permite apropiar postulados y prácticas para tejer procesos desde los cuales se asuma un reto emancipador de manera crítica, rigurosa y colectiva.

A esto se le suman las perspectivas sobre salud global presentadas por Juan Eduardo Guerrero Espinel, de Colombia, que aportan a concebir la salud desde una perspectiva transformadora y a abrir un horizonte crítico que permita imaginar una salud global capaz de responder a los desafíos del presente y del futuro. La propuesta se organiza en torno a tres ejes que dialogan entre sí: la promoción de la salud emancipadora, la soberanía sanitaria y los derechos humanos. Invita a repensar la arquitectura de la salud pública en el momento histórico actual complejo y atravesado por diferentes tensiones que trascienden fronteras y nos retan como humanidad y como gestores de la salud.

Con estas comprensiones sobre la salud, podemos entender también de qué manera los modos de producir, distribuir, consumir y compartir la mesa están inevitablemente atravesados por la cultura, el poder y las relaciones de clase, con las ideas presentadas por Lorena Lázaro Cuesta, de Argentina, en su capítulo “Soberanía alimentaria. ¿Utopía o realidad?”. En este explora posicionamientos y conceptos clave que entrelazan el evento alimentario con la autonomía de los sujetos y comunidades, y propone la soberanía alimentaria como una estrategia que puede generar rupturas en la raíz de la determinación estructural, así como lograr transformaciones a favor de la salud y la vida de los pueblos.

Desde estas perspectivas, reflexionamos también sobre las maneras cotidianas de construir y comprender la salud, a través de las ideas presentadas por Julio Mazorco Salas de Colombia y María Victoria Sordini, de Argentina, en su capítulo “Epistemologías en promoción de la salud”, en el que proponen poner en tensión y desafiar saberes arraigados en lo popular como perspectivas teóricas y epistémicas de las ciencias de la salud; y desarrollan una reflexión desde la ciencia tradicional hacia paradigmas emergentes latinoamericanos. Resulta interesante pedagógicamente dado que ilustra posturas a partir de diversos refranes y dichos populares que hacen referencia a algunas comprensiones de la salud.

Es así como nos aproximamos a la promoción de la salud de una manera integral y conectada con nuestros territorios, lo que nos lleva a pensar en los retos que implica articular aportes de diferentes sectores en el logro de objetivos compartidos. El equipo CEPEDOC (Centro de Estudios, Pesquisa y Documentación en Ciudades y Municipios Saludables), –Marco Akerman, Maria Cristina Trousdell Franceschini, Rosilda Mendes, Elisabete Agrela de Andrade y Ana Cláudia Germani–, de Brasil y Rosa María Pretell Aguilar, de Perú; nos invitan a comprender los procesos intersectoriales como situaciones que se configuran desde aspectos que no siempre han sido planificados o debidamente delimitados, sino que son acciones que responden a situaciones locales, de orden político, económico y cultural, que están en constante cambio, y que requieren negociación en distintos niveles y con diferentes actores. Todo esto reflejado en el análisis de experiencias de Brasil, México y Perú, presentadas en su capítulo “¿Cuáles serían los atributos para la intersectorialidad en el siglo XXI?”.

De esta manera profundizamos en uno de los principios de nuestra obra colectiva, en el cual entendemos la importancia de poner en diálogo la práctica con la teoría. Dentro de esta idea, María del Rocío Sáenz Madrigal y Allan Abarca Rodríguez, de Costa Rica, comparten un análisis de caso basado en el proyecto *Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes*, el cual da lugar a mejoras frente a las diversas barreras en el sistema de salud. En su texto “Gobernanza y ONG para la abogacía de políticas saludables”, explican cómo la gobernanza repercute en vínculos colaborativos y transparentes en los servicios de salud de alguna manera vinculados a la promoción de la salud.

Finalmente cerramos el tomo con una potente invitación a comprender las comunidades más allá de déficits, problemas y situaciones de salud que necesitan ser atendidas, y dar lugares reales para la construcción colectiva con el capítulo “Activos para la salud desde los vientos de América Latina” elaborado por Patricia Pérez Wilson, María Fernanda Rivadeneira, José Andrés Ocaña Navas y María Constanza Granados Mendoza, quienes plantean que “los vientos de América Latina, que dan el título a este capítulo, representan una metáfora que alude a movimiento, resiliencia y libertad, desde una región marcada por la diversidad cultural, las desigualdades persistentes y la lucha por la soberanía y autodeterminación”.⁴ Este texto propone distanciarnos de perspectivas hegemónicas de comprensión y dar paso a entendimientos que abran posibilidades para construir colaborativamente.

Estamos seguros de que los procesos emancipadores en promoción de la salud llevan a transformar condiciones y formas de relacionarse, de la misma manera que atraviesan a quienes participan de ellos. Estos procesos apoyan el fortalecimiento de habilidades para escuchar y escucharnos, sentir al otro y sentirnos mutuamente, para reconocer la interdependencia que sustenta la vida, para avanzar sumando y seguir haciendo camino. En el tomo 1 de la obra colectiva María del Consuelo Chapela Mendoza nos invitó a “potenciar nuestra capacidad de ayudar al alivio del sufrimiento humano, a la consecución de la justicia social y a la realización del derecho a la salud en Nuestra América”.⁵ Esperamos que este segundo tomo siga aportando herramientas a este camino común que nos alienta y llena de esperanza en la construcción de un mundo más justo.

Bibliografía

- Bautista, R. (2010). Hacia una constitución del sentido significativo del “vivir bien”. En I. Farah H. y L. Vasapollo (Coords.), *Vivir Bien: ¿Paradigma no capitalista?* (pp. 93-122). Plural Editores.
- Breilh J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador.
- Chapela Mendoza, M. C. y Alasino, A. E. (2024). Las promociones de la salud que hacemos. En M. C. Granados Mendoza (Comp.), *Promoción de la Salud en Latinoamérica - Abya Yala. Caja de herramientas. Tomo 1: Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud* (pp. 55-96). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Granados Mendoza, M. C. (Comp.). (2024). *Promoción de la salud en Latinoamérica - Abya Yala: Caja de herramientas. Tomo I. Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud*. Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Segato, R. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Prometeo Libros.

Notas

¹ Bautista, R. (2010). Hacia una constitución del sentido significativo del “vivir bien”. En I. Farah H. y L. Vasapollo (Coords.), *Vivir Bien: ¿Paradigma no capitalista?* (pp. 93-122). Plural Editores, pp. 97-98.

² Chapela Mendoza, M. C. y Alasino, A. E. (2024). Las promociones de la salud que hacemos. En M. C. Granados Mendoza (Comp.), *Promoción de la Salud en Latinoamérica - Abya Yala. Caja de herramientas. Tomo 1: Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud* (pp. 55-96). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, p. 86.

³ Breilh J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador, p. 158.

⁴ Pérez Wilson, P., Rivadeneira Guerrero, M. F., Ocaña Navas, J. A., & Granados Mendoza, M. C. Activos para la salud desde los vientos de América Latina. Capítulo 8. En este tomo.

⁵ Granados Mendoza, M. C. (Comp.). (2024). *Promoción de la salud en Latinoamérica - Abya Yala: Caja de herramientas. Tomo I. Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud*. Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, p. 13.

Introducción

María del Consuelo Chapela Mendoza

“Quien quiere hoy día combatir la mentira y la ignorancia y escribir la verdad, tiene que vencer por lo menos cinco dificultades. Deberá tener el valor de escribir la verdad, aún cuando sea reprimida por doquier; la perspicacia de reconocerla, aún cuando sea solapada por doquier; el arte de hacerla manejable como un arma; criterio para escoger a aquellos en cuyas manos se haga eficaz; astucia para propagarla entre éstos”

Bertolt Brecht (1937)

El lector o lectora tiene ahora entre sus manos o quizás en su pantalla, el tomo II de la obra *Promoción de la salud en la región de las Américas. Caja de herramientas*, en el que se desarrollan y reflexiona sobre *Marcos y perspectivas en promoción de la salud emancipadora*. A este tomo II le antecede, en el tomo I que vio la luz en 2024, el desarrollo de un *Trasfondo histórico actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud* impulsado y coordinado, al igual que el tomo II, por María Constanza Granados Mendoza. Permítame la o el lector citar aquí un fragmento de la introducción a la obra de 2024, que aplica también para esta de 2026:

[Este libro] habla de *promoción de la salud* (PS), de quienes la piensan y la practican en América Latina y de cómo la piensan y la practican. Es una obra única tanto en sus propósitos y contenido, como en la manera en que se fue gestando. Está pensada como la primera de cinco entregas de una obra peculiar en varios sentidos.

Una de sus peculiaridades es que se trata de una creación colectiva con trasfondo de voluntad crítica y que no busca la unidad epistemológica o metodológica, sino contar historias de lo que pensamos y lo que hacemos, invitando a la reflexión tanto a sus autores y autoras, como a las y los lectores, estudiantes, practicantes, investigadores/as e interesados en eso que suele llamarse “promoción de la salud” (PS). Se encamina a propiciar la reflexión a partir de lo que resulte del diálogo entre experiencias al concebir y promover la salud, desde prácticas comunitarias que logran distanciamientos de modelos convencionales y desde las que se realizan esfuerzos para que en la gestión de la salud estén presentes las ideas de justicia social y de derecho a la salud. Es un

libro escrito, en mucho, desde la práctica universitaria, con la confianza de que quien lea, estudiante, profesor/a, investigador/a o persona con la curiosidad necesaria, sabrá trazar su propio camino para transitar entre sus páginas y capítulos, entre sus diferencias y convergencias, entre sus espacios de construcción teórica y práctica, entre sus tiempos y sus ritmos.¹

Entre la concepción de la obra completa y la realización del tomo II, las y los habitantes del mundo, por acción, omisión o ambas, en mayor o menor medida participamos en la construcción de un giro histórico que, si bien pudimos anticipar, hasta el momento no podemos comprender. Un momento al que Constanza Granados, en el prólogo de esta misma obra, se refiere como “tiempos en los que la vida se niega, la equidad es una utopía, la solidaridad es una bandera difícil de sostener”. Hablemos un poco sobre cómo se gestó este giro histórico.

A partir de la reconfiguración geopolítica y económica que sucedió a las dos “grandes guerras” (matanzas) de la primera mitad del siglo XX –la Guerra Fría durante cuatro décadas, la “caída” del Muro de Berlín y la instalación del capitalismo neoliberal–, las instituciones, organizaciones, consorcios, oligarcas, y otros “mediadores” de la política y la economía mundial, autoconstituidos como dueños del mundo para disponer de él, habían camuflajeado o intentado camuflajear su megalomanía, racismo, clasismo, ambición, explotación y desprecio por la vida y la dignidad humana. Hicieron eso con discursos de orden internacional para el “bien común”, respeto por las leyes, dádivas, injerencismo “antiarmamentista”, en busca de la paz o el “progreso”, lucha contra el narcotráfico y otros del mismo corte que muestran un “oportunismo cínico”,² como lo llamó Noam Chomsky, en relación con la guerra que, en nombre de un “nuevo humanismo” desataron la OTAN y la Unión Europea en Kosovo para coronar el Siglo XX. Después de acumular poder en todas sus especies, entre ellas armamento capaz de una destrucción nunca antes vista en la historia de la humanidad, y tecnología suficiente para imposter la realidad a la medida de sus necesidades, esos organismos decidieron mostrarse sin ambages, particularmente a partir del inicio del genocidio en Gaza en octubre de 2023. En el presente, las viejas alianzas parecen desmoronarse en tanto los oligarcas salen de entre bambalinas; se conforman nuevas alianzas internacionales y se reconfiguran los imperialismos.

Esta situación afecta de manera directa los patrones demográficos, de salud y de enfermedades en un mundo de conciencias colectivas adormecidas mediante procesos civilizatorios,³ de internalización de la opresión,⁴ construcción de tecnologías del yo⁵ y *habitus*⁶ favorables a la negación del ser colectivo y la emergencia de la soledad del individuo aislado, “no atado por vínculos de responsabilidad”.⁷ La injusticia exacerbada producto de la lucha por la hegemonía internacional⁸ ha traspasado el cuerpo del planeta con sequías e inundaciones, desaparición de especies, contaminación de las aguas; y a los cuerpos humanos con hambre, muerte, pobreza, sinsentido, desesperanza, miedo, modificando el espacio-tiempo relacional en el que habitamos.⁹ Sin embargo, en estas condiciones “[...] el sentido de responsabilidad social se despierta lúcidamente por la percepción inmediata del peligro común, y el porvenir se presenta como más importante que el presente”,¹⁰ lo que antecede a la indignación, resistencias, solidaridades y, desde luego, en lo que corresponde a quienes apostamos por la transformación a favor de la justicia social, la necesidad de repensar nuestra participación en esas resistencias desde nuestras respectivas trincheras en el campo de la educación.¹¹

Una promoción de la salud para la liberación, siguiendo a Enrique Dussel,¹² comprometida con la vida, la dignidad humana y la justicia, necesita pensarse continuamente en sus distintos contextos, tratar de comprenderlos en comunidad, identificar la trayectoria de los nuevos problemas relacionados con la merma en las capacidades humanas individuales y colectivas y cómo esa merma se escribe en los cuerpos individuales y colectivos.¹³ Ese es el tipo de promoción de la salud por la que, de una u otra manera, abogamos quienes colaboramos desde nuestras trincheras con nuestras experiencias, reflexiones y propuestas teóricas y prácticas en este tomo II de *Promoción de la salud en Latinoamérica – Abya Yala. Caja de herramientas*. Con la intención de contribuir a “pensarnos” y a la comprensión de la “trayectoria” de los nuevos problemas a formular, comprender y atender mediante una Promoción de la Salud crítica, permítame la o el lector hacer unas breves consideraciones.

Apuntes sobre la trayectoria de los nuevos problemas de la promoción de la salud

Michel Foucault propuso que el biopoder y la biopolítica controlan los cuerpos, la salud y la vida.¹⁴ ¿Cómo se logra ese biopoder?, ¿cómo se conforma

esa biopolítica? Pierre Bourdieu propone que la sociedad se constituye por redes de relaciones de intercambio de capital organizadas como “campos”.¹⁵ En un campo, quien detenta el capital, material o inmaterial con mayor valor simbólico es quien puede dictar las reglas de su intercambio al interior de ese campo, favorables a la conformación de *habitus*¹⁶ dóciles que permitan la disposición de los cuerpos de las personas para los fines de dominación de un campo.¹⁷ En este giro histórico actual, en el “metacampo del poder”¹⁸ la vida y la muerte se conforman como capital a jugar en procesos tanatopolíticos. A través de estos procesos el Estado Moderno y Posmoderno dispone de la vida y, con ella, los cuerpos de millones de humanos en una guerra continua que sucede de manera más o menos visible en el espacio público e invisible en la vida cotidiana.¹⁹ En estas condiciones, el ser humano, al ser despojado de sus derechos, es condenado a la *nuda vida*, la vida desnuda de derechos, en un continuo estado de excepción declarado desde poderes que trascienden fronteras geográficas, sociales e históricas (Agamben 2014, 1998).²⁰

Al observar la escalada de tortura, soledad, ejecuciones, cacerías de personas migrantes, juegos de muerte, abandonados en las calles, genocidios, prolongación artificial de la muerte, invención de pretextos para iniciar guerras que después parecerán interminables, u otros, Achille Mbembe (n. Camerún, 1957) afirma que más allá o como cúspide del biopoder y la biopolítica neocolonial, la organización del mundo actual responde a una “necropolítica”, en la que la vida y la muerte están administradas por quienes detentan un necropoder suficiente para adquirir la “capacidad de decidir quién puede vivir y quién debe morir”.²¹ En la *nuda vida*, si acaso, el cuerpo del sujeto es desechable, está cosificado, deja de producir significado, sentido e identidad y, por tanto, está sin acceso a su propio porvenir, sin derecho a un proyecto para sí y quienes lo rodean. En esta condición, el sujeto queda a disposición de prácticas necropolíticas en las cuales la violencia en sí misma es un fin que mina la dignidad de las personas y sus grupos de pertenencia, las solidaridades mutuas y el sostenimiento de la vida. La *nuda vida* es sustento de la economía de la muerte.

Quizás esto pueda explicar cómo es que la memoria de los movimientos de resistencia que se opusieron a las dictaduras transformándolas y la guerra sucia en la segunda mitad del siglo pasado en Nuestra América²² no hayan sido suficientes para prevenir que, unas tres décadas después, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Paraguay, Argentina y Chile en

2026 tengan presidentes abiertamente afines a la necropolítica, que atenta contra la vida y la dignidad humana. En estos Estados, con el respaldo fanfarrón y abusivo de la necrodictadura de Estados Unidos, y con mayor o menor grado de legitimidad, la necropolítica fue votada por sus respectivos pueblos, a sabiendas de que, una vez en el poder, se cancelarían posibilidades de vivienda, alimentación, trabajo digno, educación, servicios de salud, atención a las enfermedades y viabilidad planetaria. ¿Qué se necesita para que los pueblos encumbren a sus verdugos?

Un problema de justicia

El necropoder y la necropolítica cancelan la concertación del poder mismo, de una ética de la dignidad y afirmación de la vida. La necrotiranía implica exclusión de las palabras, a la que se ata la exclusión de los testimonios, las razones y los proyectos de aquellos sobre los que actúa esa tiranía. La exclusión de las palabras y los testimonios conduce a una tercera exclusión: la deliberativa, la exclusión del debate para la comprensión del mundo y la toma de decisiones sobre la vida propia, de la familia, el barrio, el colectivo, el pueblo, la humanidad, el planeta. Esas exclusiones, como ha sido argumentado ampliamente en las propuestas críticas para la comprensión del mundo, se logran mediante violencia física (coerción) y simbólica (consenso). Estas tres formas de exclusión y por tanto de violencia, son bien conocidas para nuestros pueblos: comenzando por los genocidios coloniales logrados con la cruz, la espada y otras epidemias que diezmaron a los pueblos mesoamericanos y siguiendo con las exclusiones de la riqueza local, nacional y planetaria, material y simbólica.²³

Esas exclusiones constituyen la configuración y ejercicio de cinco injusticias intersectadas entre sí: epistémica, testimonial, hermenéutica, deliberativa y distributiva (Mignolo, 1983; Rawls, 1995; Fricker, 2007; Sen, 2010; Raddi, 2022),²⁴ las cinco instaladas como actos violentos. Estas injusticias se expresan, por ejemplo, en hambre, miedo, soledad, enfermedad, muerte para unos y en longevidad, riqueza, avaricia, soberbia, lujuria, locura²⁵ para otros. La injusticia epistémica se refiere a la exclusión de las palabras que significan el mundo de los marginados, por ejemplo, descartar los saberes originarios o comunitarios sobre la gestión del cuerpo, el espacio, la salud y la enfermedad, con la consecuente imposición de palabras que nombran mundos y concepciones de

mundo ajenas. A esta injusticia siguen la testimonial, que se refiere a no incorporar los testimonios de todas las personas involucradas en un problema o situación, sobre la vida que viven, por ejemplo, para la construcción de diagnósticos en los que se basa la distribución de los recursos y la toma de decisiones; la hermenéutica que impide el acceso al conocimiento de procesos, saberes, técnicas, lenguajes, rituales, u otros que constituyen el contexto en el que las personas excluidas viven o transitan, por ejemplo, al interior de los servicios de atención a las enfermedades o en los procesos jurídicos. A las injusticias epistémica, testimonial y hermenéutica, sigue la deliberativa, es decir, la construcción de procedimientos más o menos invisibles, materiales o simbólicos, como laberintos y telarañas con la finalidad de alejar a las personas de los centros y procesos de toma de decisiones sobre sus propias vidas y sus contextos. Estas cuatro injusticias se encuentran en intersección con la injusticia distributiva, relativa a la manera en la que se distribuyen los recursos materiales y simbólicos entre las personas, los grupos sociales e, incluso, con el planeta mismo.

La práctica generalizada de promoción de la salud de una u otra manera, y mientras no logremos diferenciar los ámbitos de la salud y la enfermedad y a la promoción de la salud de la medicina preventiva, se realiza tanto en el pequeño como en el gran mercado de las enfermedades con sus variantes preventiva, curativa, rehabilitadora o tanática e, incluso, como prácticas escolares. Algunos ejemplos de eso son las promociones de salud que se convierten en “ferias de la salud”, “campañas de concientización” o pláticas sobre tal o cual proceder definido por las y los médicos o, incluso, el trabajo comunitario para la incorporación de la gente en “jornadas” alrededor de temas o problemas elegidos por las o los médicos u otros “expertos”. Ese mercado es impulsado y sostenido por el patoiatrocentrismo, es decir, por la concentración del poder en las y los médicos alópatas occidentales que centran la atención en las enfermedades –que ellos mismos identifican– y en la medicina regulada por el mercado; patoiatrocentrismo incorporado como recurso epistemológico y práctico en la episteme necropolítica que profundiza las injusticias.

Considerando que: 1. la práctica humana se sustenta en el ejercicio de capacidades humanas individuales y colectivas; 2. la manera en la que las ejercemos modela nuestras prácticas y nuestras prácticas se escriben en los cuerpos individual, colectivo y planetario;²⁶ 3. el necropoder que hoy domina en el mundo se constituye en apoteosis de la injusticia; y 4. que las injusticias

debilitan y trastocan las capacidades humanas individuales y colectivas, podemos concluir que, para una práctica crítica de la promoción de la salud se requiere que renovemos nuestra atención a las distintas formas de injusticia que se concretan en el dolor propio y colectivo, y que revisemos qué tanto nosotros y nosotras, con nuestro trabajo de promoción de la salud, actuamos con mayor o menor grado de conciencia a favor o en contra de ellas.²⁷

Un problema epistémico

Dussel²⁸ propone que el ser humano tiene un poder de afirmación de la vida colectiva o *potentia* que, cuando lo delega a una organización comunitaria o institución se constituye en *potestas* como poder colectivo para procurar la dignidad, la responsabilidad de sí y de las y los otros, del deseo y las palabras; procurar asimismo la libertad e igualdad para la formulación de utopías y la generación y distribución de recursos para el avance de proyectos colectivos, y la afirmación de la vida en el presente y el futuro. Para el ejercicio de la *potestas* el ser humano necesita primero entender, interpretar y significar el mundo, es decir, reconocer y dar cuenta de una episteme común.

Los significados de las cosas del mundo se constituyen como episteme que es la forma en que personas y grupos de personas significan, interpretan y nombran el mundo en un tiempo, lugar y persona particulares. La episteme es resultado de una idea de sí, un posicionamiento ante el otro, la vida, las cosas del mundo, como respuesta a las preguntas que, con mayor o menor grado de conciencia, el ser humano se ha hecho en su proceso de humanización, preguntas que se refieren al ente, al *ontos*, a la esencia, tales como: ¿Qué es el mundo? ¿quién soy en el mundo? ¿quién es el otro en el mundo? ¿cuál es el sentido del ser-en-el-mundo? La episteme está atada a la respuesta que se da a esas preguntas, toma forma en la historia y, dadas las singularidades de cada persona, de los espacios sociales y sus contextos, nunca podrá ser una episteme igual que otra. Sin embargo, el ejercicio de la *potestas* permite la puesta en común de esas epistemes para la conformación de una colectiva que permita la comprensión de problemas comunes, la intención común de las transformaciones deseadas y la organización de las prácticas y recursos como *praxis* colectiva. El poder de dominación se opone al ejercicio de la *potestas* buscando ganar los significados de las cosas del mundo, para disponer de sus materialidades y esto lo logra matando epistemes desfavorables a su proyecto

de dominación e imponiendo la necesaria para lograr la invasión de los cuerpos y sus prácticas a favor de la disolución del poder colectivo. De esta manera, el problema de una promoción de la salud crítica es un problema fundamentalmente epistémico.

La verdad construida desde la historia y las realidades de los pueblos, las comunidades, las calles, cuando se ilumina por la razón, la reflexión, la conciencia de existencia y finitud, la responsabilidad de sí y de los otros en el presente y en el futuro, la dignidad humana y la afirmación de la vida, es una verdad que pregunta y la verdad que pregunta compara, construye y reconstruye su episteme, por tanto, es enemiga de la necropolítica. Con el desarrollo de la tecnología, la impostación de la verdad, como invasión epistémica, se ha facilitado mediante lo que, –expropiando el sentido colectivo, de comunicación cara-a-cara, de responsabilidad mutua, del término–, el mercado llama “redes sociales”. Con la ayuda de la Inteligencia Artificial (así, con mayúsculas la llaman, como si fuera un nombre propio),²⁹ se bombardea día y noche, a nivel mundial, sin reparo de edades, idiomas, filiaciones o deseos, con “miles de verdades intrascendentes” –a las que ya Brecht identificaba desde la década de 1930–, conformadas con información superficial, banal, impostada, distractora, inmediata, pasajera, desprendida del recuento colectivo de la realidad común.

Además de la distracción, el distanciamiento entre las personas y con ellos la merma en las responsabilidades mutuas que provoca, en este bombardeo quedan sepultados saberes y verdades impidiendo así a ambos su presencia como instrumento de deliberación y, por tanto, de liberación colectiva. No en vano Hanna Arendt propone que la obediencia ciega y la falta de pensamiento,³⁰ más que los tiranos, son la mayor amenaza a la libertad y la posibilidad de insurrección. En 2010 Chomsky liberó en redes electrónicas lo que identifica como diez estrategias para la construcción del consenso a través de los medios,³¹ que bien pudieran aplicarse a las acciones institucionales de “promoción de la salud”. Entre ellas identifica la distracción, la constancia en la repetición de las mentiras [o verdades a medias], la infantilización del público, mantenerlo en la mediocridad y complaciente de la misma. La impostación de la verdad, como epistemicidio, es un instrumento poderoso del necropoder que requiere de sus propias tecnologías y medios para lograr sus fines.

La impostación de la verdad conduce a una ignorancia que:

[...] se ha vuelto deliberada, ya que ahora es un proyecto político de derecha al servicio de una política fascista, fabricada y consciente en su afán por crear nuevas formas de analfabetismo masivo. Como tal, ya no se trata simplemente de la ausencia de conocimiento, sino de un proyecto despolitizador destinado a eliminar las facultades críticas y los modos de agencia cruciales para una democracia [...] la ignorancia ha perdido su inocencia y se ha vuelto letal. Al hacerlo, ha producido un aparato cultural que niega la razón, la verdad y la responsabilidad social.³²

Henry Giroux³³ y Fernando Broncano³⁴ proponen que los mecanismos del poder que planifican la producción de ignorancia, la ceguera y el silenciamiento de las palabras, entre otros, tienen la intención de ocultar tanto las jerarquías de clase como la injusticia epistémica y sus mecanismos de producción. La ignorancia planificada, a la que Proctor se refiere como ‘agnostología’,³⁵ provoca pobreza epistémica y, por tanto, su producción significa una prioridad para el necropoder.

La episteme da cuenta de la ética, la estética y la política de las relaciones de poder que se tejen en el mundo al que Husserl llamó *Lebenswelt*,³⁶ el mundo de la experiencia, de la vida-que-se-vive. El conocimiento es una representación de cómo se percibe el mundo de la vida y está ligado a su materialidad: el lenguaje. Dado que las palabras en sus distintas manifestaciones son el principio, medio y fin colectivo para la comprensión del mundo y que las palabras nos son heredadas, es aquí, en la palabra, donde nuestro presente se vincula al pasado, a la historia y es en la posibilidad de ser seres vinculados a otros seres a través del lenguaje,³⁷ que podemos dar al mundo un sentido propio, identificar las responsabilidades mutuas, crear conciencia de las relaciones de dominación, crear utopías de dignidad, resistencia y sostenimiento de la vida y avanzar hacia ellas.³⁸ De aquí la necesidad del necropoder por dominar las palabras, por reducirlas, por eliminarlas, por impostarlas, por matarlas hasta lograr una epistemo-cracia.³⁹ La cosificación, subordinación y anulación de los cuerpos que se manifiesta, por ejemplo, en la cultura del modelaje del cuerpo, el miedo al dolor, al rechazo, al envejecimiento y a la muerte que atraviesa géneros, edades, condiciones de existencia, nacionalidades, ocupaciones y clases sociales, puede atribuirse al epistemicidio y a una suerte de epistemo-cracia que ha roto los vínculos entre las personas, sus comunidades, la historia y el proyecto común.

Identifico la acción epistemicida necropolítica también en distintas prácticas institucionales que se definen como de “promoción de la salud”, aún en algunas que se dicen críticas, por ejemplo, en el desconocimiento de la filosofía y epistemologías críticas; en la rápida falsificación y banalización de palabras como ya sucedió con “participación”, “inclusión”, “diálogo”, “investigación”, “educación”, “cuidado”, “territorio”, “responsabilidad”, “salud” o “enfermedad” u otras; repetición, simplificación y tecnologización de los problemas; alta influencia y filiación anglosajona; énfasis en procesos burocráticos y entrega rápida de resultados; estancamiento en tecnologías educativas *vis-a-vis* epistemologías críticas en educación y educación popular;⁴⁰ incompreensión de la diversidad de metodologías de investigación; o la no traducción de los trabajos colectivos comunitarios en política pública, entre otros.

Defender la episteme, el lenguaje y la verdad es defender las capacidades humanas, la dignidad humana, la *potentia* y la *potestas* y, por tanto, la salud entendida como capacidad humana corporeizada, individual y colectiva, de construir futuros viables y avanzar hacia ellos. La resistencia epistémica de la promoción de la salud crítica está en la base de la incidencia a favor de la salud y el cambio de inscripciones en los cuerpos individuales, colectivos y planetarios. Resistir y rebelarse significa atender a la vida-que-se-vive, indignarse ante las injusticias, revelar las verdades ocultas, respetar las diferencias y fortalecer las epistemes colectivas. Una promoción de la salud crítica, comprometida con la justicia, puede ayudar a develar los procesos de producción de ignorancia, a encontrar epistemes robadas y abrir brechas a la insubordinación epistémica.

Promoción de la salud crítica como insubordinación epistémica

Afortunadamente, en Nuestra América y otras regiones del mundo contamos con saberes insubordinados que nos pueden guiar en la apertura de esas brechas.⁴¹ La lucha oprimidos-opresores, es una lucha epistémica, una lucha por pronunciar el mundo, lo que significa palabrearlo para descubrir lo que de él se ha ocultado. Palabrearlo en relaciones dialógicas con el otro y los otros, lograr que el diálogo se realice como “ese encuentro de los hombres, mediatizados por el mundo, para pronunciarlo”.⁴² La insubordinación epistémica puede lograr transformar el miedo en esperanza, la distracción en atención, la aceptación en rabia, la rabia en indignación, la indignación en

reflexión, responsabilidad mutua, resistencia, ejercicio de *potestas* y retorno a la esperanza. Esas transformaciones se inscribirán en los cuerpos-territorio al incidir en las maneras de estar en el mundo, de enfermar y morir.⁴³ Esta insubordinación puede reproducirse y penetrar las instituciones, hasta lograr cambios en las políticas públicas que obliguen a la liberación epistémica y la justicia social.

Podemos insubordinarnos a favor de la justicia epistémica mediante el desarrollo e inclusión de palabras, saberes y epistemes de las distintas diversidades para la comprensión e incidencia en los procesos deliberativos y de justiciabilidad. Contribuir a la justicia testimonial y hermenéutica poniendo en manos de la gente los instrumentos que impulsen la creación de espacios favorables al desarrollo de capacidades para la observación, el habla y la escucha, la identificación, interpretación, comprensión e incidencia en los problemas relativos a la construcción de una cultura de la inclusión, de los derechos y la exigibilidad. La promoción de la salud puede ser un instrumento de la necesaria resistencia que requerimos hoy para modificar las expresiones de la injusticia que se han inscrito en los cuerpos de las personas, los grupos sociales y el planeta. De esta manera, la naturaleza de nuestro trabajo al promover la salud desde una insubordinación epistémica crítica será también insubordinación estética, ética, política y de justicia social contra la mentira, la enfermedad y la muerte, a favor de la dignidad humana y el sostenimiento de la vida.

Búsqueda colectiva de una insubordinación epistémica

Promoción de la salud en Latinoamérica – Abya Yala. Caja de herramientas es un proyecto comprometido con la insubordinación y la lucha epistémica. Quienes conjuntamos nuestras palabras en estas páginas somos testigos de procesos necropolíticos, tanto en nuestra vida cotidiana como en nuestras inserciones profesionales universitarias, institucionales o comunitarias. En las páginas de este tomo II, la o el lector encontrará que, si bien las palabras están separadas en capítulos, no sucede esa separación en la intención de participar en la resistencia epistémica ni tampoco en los diálogos sostenidos durante el proceso colaborativo *Promoción de la salud en Latinoamérica - Abya Yala* (Granados et al., 2026).⁴⁴

La o el lector podrá encontrar en estas páginas propuestas teóricas, metodológicas y prácticas que han probado su potencia para interrogar la

mentira y ayudar en la reconstrucción de epistemes pisoteadas. Encontrará recuentos con respecto de la construcción de redes y la intersectorialidad a favor de proyectos enraizados en las comunidades; conocerá razones y maneras de construir solidaridades, de compartir, de “hilvanar” saberes; se hará preguntas sobre por qué, con quién, a dónde, para qué andamos el camino de la promoción de la salud, con qué obstáculos nos hemos encontrado –que van desde las políticas públicas y el patriarcado, hasta el encuentro con la crueldad– y cómo los hemos confrontado.

La promoción de la salud puede ser muchas cosas y servir para distintos fines. Esta obra se refiere al compromiso y responsabilidad que conlleva una promoción de la salud responsable que pone al centro al ser humano, su dignidad, la verdad, la justicia y la vida.

Bibliografía

- Agamben, G. (1998). *Homo Sacer. El poder Soberano y la nuda vida*. Pre-Textos.
- (2014). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo Editora.
- Arendt, H. (1963). *Eichmann in Jerusalem. A report on the banality of evil*. [Eichmann en Jerusalén. Un informe sobre la banalidad del mal]. Viking Press.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas*. Anagrama.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1970). *La Reproduction: éléments d'une théorie du système d'enseignement*. [La reproducción: elementos de una teoría del sistema educativo]. Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. [Una invitación a la sociología reflexiva]. University of Chicago.
- Brecht, B. (1934). *Las cinco dificultades para decir la verdad*. Omegalfa.
- Broncano, F. (2020). *Conocimiento expropiado. Epistemología política en una democracia radical*. Akal.
- Chapela Mendoza, M. C. (2008). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En E. Guinnsberg y E. Jarillo (Coord.), *La salud colectiva en México. Temas y desafíos*. Lugar Editorial.
- (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- (2024). Introducción. En M. C. Granados Mendoza (Comp.), *Promoción de la Salud en Latinoamérica - Abya Yala. Caja de herramientas. Tomo 1: Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud* (pp. 55-96). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Chapela Mendoza, M. C. y Consejo, R. (2011). Cuerpo-territorio. En M. C. Chapela Mendoza y A. Cerda, *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Chomsky, N. (1999). *The new military humanism. Lessons from Kosovo*. [El nuevo humanismo military. Lecciones de Kosovo]. Pluto Press.
- (2011). Diez estrategias de manipulación mediática. *Archipiélago*, 73, 7-8.
- Dussel, E. (1973). *Para una ética de la liberación latinoamericana*. Siglo XXI editores.
- (1977). *Filosofía de la liberación*. Edicol.
- Elías, N. (2016). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Fondo de Cultura Económica.
- Escribano, E. (2012). Nuestra América como plataforma de la educación en el continente. *Revista Historia de la Educación Latinoamericana*, 14(18), 39-52.
- Fanon, F. (1983). *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Ediciones de la Piqueta.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. [Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento]. Oxford University Press.
- Frost, T. (2019). The *dispositif* between Foucault and Agamben. *Law, Culture and the Humanities*, 15(1), 151-171.
- Fusaro, L. (2022). Gramsci: Concepto de hegemonía nacional e internacional. *Ola Financiera*, 15(42), 197-235.
<https://doi.org/10.22201/fe.18701442e.2022.42.82604>
- Giroux, H. (2022). *Pedagogy of resistance. Against manufactured consent*. [Pedagogía de la resistencia. Contra el consenso fabricado]. Bloomsbury Academic.
- (2026). Attaques contre les chercheurs et guerre à l'éducation. *Éducation et Sociétés*, 55, 151-156.
- Gramsci, A. (1980). *Antonio Gramsci. Antología*. Siglo XXI Editores.
- Granados Mendoza, M. C. (Comp.). (2024). *Promoción de la Salud en Latinoamérica - Abya Yala. Caja de herramientas. Tomo 1: Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud*. Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Granados Mendoza, M. C. et al. (2026). *Promoción de la salud en Latinoamérica - Abya Yala. Aportes a la Promoción de la Salud en Nuestra América*.
<https://www.promocionsaludregionamericas.com/>
- Harvey, D. (2006). *Spaces of global capitalism. Towards a theory of uneven geographical development*. [Espacios del capitalismo global. Hacia una teoría del desarrollo geográfico desigual]. Verso.

- Husserl, E. (1913). The constitution of the physical reality through the body. En D. Welton (Ed.) (1999). *The Body*. [El cuerpo], (pp. 23-37). Blackwell Publishers.
- Juvinyá, D. y Arroyo, H. (Eds.). (2021). *La promoción de la salud 25 años después*. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona.
- Lumumba, P. (1961). *Le Congo terre d'avenir est-il menacé ?* [¿Está en peligro el Congo, tierra de futuro?]. Office de publicité.
- Mandujano, A., Camarillo, L., y Mandujano, M. (2003). Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales. *Casa del Tiempo*, 5, 9-21.
- Martí, J. (1977). *Nuestra América*. UNAM.
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Mellusina.
- Merlo Pinzón, J. A. (2019). La voluntad de vida como potencia en Enrique Dussel. *Revista Filosofía UIS*, 18(2), 185-205.
- Mignolo, W. D. (1983). Comprensión hermenéutica y comprensión teórica, *Revista de Literatura*, 90, 5-38.
- (2009). Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. *Theory, Culture & Society*, 26(7-8), 159-181.
- Molina, G., Peñaranda Correa, F., López, J. M., y Loaiza, T. (2020). El frente discursivo biomédico, neoliberal y tradicional de la educación: debate en la educación para la salud crítica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 39(1), 1-11.
- Peñaranda Correa, F., Bastidas, M., Escobar Paucar, G., Torres Ospina, N., Pérez Becerra, F. N., y Arango Córdoba, A. Hurtado Orozco, C. A. (Ed.). (2010). *Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico*. La Carreta de la Salud, Universidad de Antioquia.
- Peñaranda Correa, F., Betancurth Loaiza, D. P., Bastidas Acevedo, M., Escobar Paucar, G., Otálvaro, J. C., Torres Ospina, J. N., Gómez Correa, J. A. & Villa Vélez, L. (2019). Education, child rearing and social justice. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 123-135.
- Proctor, R. N. (2020). Agnotología. *Revista de Economía Institucional*, 22(42), 15-48.
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad-racionalidad. En H. Bonilla (Ed.), *Los conquistados: 1492 y la población indígena de América* (pp. 437-447). Tercer Mundo-FLACSO.
- (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder* (pp. 861-919). CLACSO Colección Antologías.
- Radi, B. (2022). Injusticia hermenéutica: un ejercicio de precisión conceptual. *Estudios de filosofía*, 66, 97-110.
- Rawls, J. (1995). *Liberalismo político*. Fondo de Cultura Económica.

- Rodríguez Brandao, C. (2019). “Eles” e “Nós” entre “Nós e Eles” algumas memórias e imaginários sobre a investigação-ação-participativa. En A. Noboa (Coord.), *Conocer lo social III. Las metodologías emergentes* (pp.18-44). Fundación de Cultura Universitaria.
- Rubial García, A. (2022). La espada, el libro y la cruz. Una revisión crítica de la evangelización como conquista. En M. P. Martínez López Cano y F. J. Cervantes Bello (Coords.). *Iglesia y conquista. Los procesos fundacionales* (pp. 13-52). UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas /BUAP, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego”.
- Sánchez Vázquez, A. (1999). *Entre la realidad y la utopía. Ensayos sobre política, moral y socialismo*. Fondo de Cultura Económica.
- Santos, B. d. S. (2014). *Una Epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. CLACSO y Siglo XXI editores.
- Sartre, J. P. (2023). Préface. En J. Van Liere (Ed.), *La pensée politique de Patrice Lumumba*. El pensamiento político de Patrice Lumumba]. Presence Africana.
- Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. Taurus.
- Villoro, L. (2024). *No soy un robot. La lectura y la sociedad digital*. Anagrama.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Crítica.
- Zizek, S. (30 de junio de 2023). La IA y el desierto poshumano. *Bloghemia*. <https://bloghemia.com/2023/06/slavoj-zizek-la-ia-y-el-desierto.html>

Notas

¹ Chapela Mendoza, M. C. (2024). Introducción. En M. C. Granados Mendoza (Comp.), *Promoción de la Salud en Latinoamérica - Abya Yala. Caja de herramientas. Tomo 1: Trasfondo histórico y actual: corrientes de pensamiento en promoción de la salud* (pp. 55-96). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, p. 11.

² Chomsky, N. (1999). *The new military humanism. Lessons from Kosovo*. [El nuevo humanismo military. Lecciones de Kosovo] Pluto Press, p. 3.

³ Elías, N. (2016). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Fondo de Cultura Económica.

⁴ Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores.

⁵ Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Ediciones de la Piqueta.

⁶ Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1970). *La Reproduction: éléments d'une théorie du système d'enseignement*. [La reproducción: elementos de una teoría del sistema educativo]. Les Éditions de Minuit; y Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas*. Anagrama.

⁷ Gramsci, A. (1980). *Antonio Gramsci. Antología*. Siglo XXI editores, p. 281.

⁸ Fusaro, L. (2022). Gramsci: Concepto de hegemonía nacional e internacional. *Ola Financiera*, 15(42), 197-235. <https://doi.org/10.22201/fe.18701442e.2022.42.82604>.

⁹ Harvey, D. (2006). *Spaces of global capitalism. Towards a theory of uneven geographical development*. [Espacios del capitalismo global. Hacia una teoría del desarrollo geográfico desigual]. Verso.

¹⁰ Gramsci, A., *op. cit.*, p. 282.

¹¹ Giroux, H. (2022). *Pedagogy of resistance. Against manufactured consent*. [Pedagogía de la resistencia. Contra el consenso fabricado]. Bloomsbury Academic.

¹² Dussel, E. (1977). *Filosofía de la liberación*. Edicol.

¹³ Chapela Mendoza, M. C. (2013). *Promoción de la salud y emancipación*. Universidad Autónoma Metropolitana.

¹⁴ Foucault, M., *op. cit.*

¹⁵ Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive sociology*. [Una invitación a la sociología reflexiva]. University of Chicago.

¹⁶ *Habitus*: sistemas de disposiciones encarnadas en los cuerpos. Se refiere a sistemas de percepción, pensamiento, apreciación y práctica de las personas, inculcados en ellas por autoridades

pedagógicas en sus procesos de socialización primaria, secundaria y terciaria (Bourdieu, P. & Passeron, J. C., *op. cit.*; Bourdieu, P. & Wacquant, L., *op. cit.*).

¹⁷ Antonio Gramsci (1929-1935) llamó a esta dominación “hegemonía”, aquella que un Estado podría lograr a través del control como fuerza física y el consenso como fuerza simbólica, mediante la construcción intencional de un “sentido común” favorable a los procesos de dominación (Fusaro, L., *op. cit.*).

¹⁸ Metacampo del poder es el espacio relacional en donde se juega el poder mismo como capital (Bourdieu, P. & Wacquant, L., *op. cit.*).

¹⁹ Frost, T. (2019). *The dispositif* between Foucault and Agamben. *Law, Culture and the Humanities*, 15(1), 151-171.

²⁰ Agamben, G. (2014). *Estado de excepción*. Adriana Hidalgo Editora; y Agamben, G. (1998). *Homo Sacer. El poder Soberano y la nuda vida*. Pre-Textos.

²¹ Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Mellusina, p. 19.

²² Las corrientes críticas anticoloniales en nuestros países han tomado el nombre de “Nuestra América” de un discurso de José Martí –Martí, J. (1977). *Nuestra América*. UNAM– que se publicó el 30 de enero de 1891 en la revista *El Partido Liberal* (Escribano, 2012).

²³ Rubial García, A. (2022). La espada, el libro y la cruz. Una revisión crítica de la evangelización como conquista. En M. P. Martínez López Cano y F. J. Cervantes Bello (Coords.). *Iglesia y conquista. Los procesos fundacionales* (pp. 13-52). UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas /BUAP, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego”; y Mandujano, A., Camarillo, L., y Mandujano, M. (2003). Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales. *Casa del Tiempo*, 5, 9-21.

²⁴ Mignolo, W. D. (1983). Comprensión hermenéutica y comprensión teórica, *Revista de Literatura*, 90, 5-38; Rawls, J. (1995). *Liberalismo político*. Fondo de Cultura Económica; Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. [Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento]. Oxford University Press; Sen, A. (2010). *La idea de la justicia*. Taurus; y Radi, B. (2022). Injusticia hermenéutica: un ejercicio de precisión conceptual. *Estudios de filosofía*, 66, 97-110.

²⁵ ‘Locura’, entendida aquí como la pérdida del sentido de realidad común, por ejemplo, la aparente pérdida de la conciencia de finitud de la vida propia que suele acompañar la arrogancia oligárquica.

²⁶ Chapela Mendoza, M. C. y Consejo, R. (2011). Cuerpo-territorio. En M. C. Chapela Mendoza y A. Cerda, *Promoción de la salud y poder. Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana.

²⁷ Ver también: Molina, G., Peñaranda Correa, F., López, J. M., y Loaiza, T. (2020). El frente discursivo biomédico, neoliberal y tradicional de la educación: debate en la educación para la

salud crítica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 39(1), 1-11; y Peñaranda Correa, F., Betancurth Loaiza, D. P., Bastidas Acevedo, M., Escobar Paucar, G., Otálvaro, J. C., Torres Ospina, J. N., Gómez Correa, J. A. & Villa Vélez, L. (2019). Education, child rearing and social justice. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 123-135.

²⁸ Dussel, E., *op. cit.* Ver también: Merlo Pinzón, J. A. (2019). La voluntad de vida como potencia en Enrique Dussel. *Revista Filosofía UIS*, 18(2), 185-205.

²⁹ IA a la que, de acuerdo con Villoro, L. (2024). *No soy un robot. La lectura y la sociedad digital*. Anagrama, hay que pedir permiso, no confundir y solicitar respuestas igual sobre el clima que sobre las relaciones amorosas y que se inmiscuye en todas las relaciones entre las personas y con las cosas. Al respecto de la dominación con IA, ver también Zizek, S. (30 de junio de 2023). La IA y el desierto poshumano. *Bloghemia*. <https://bloghemia.com/2023/06/slavoj-zizek-la-ia-y-el-desierto.html> quien, en un breve comunicado, se pregunta sobre la necesidad de hacer una “pausa” en el desarrollo tecnológico que hoy representa el mayor poder hasta ahora conocido.

³⁰ Arendt, H. (1963). *Eichmann in Jerusalem. A report on the banality of evil*. [Eichmann en Jerusalén. Un informe sobre la banalidad del mal]. Viking Press.

³¹ Chomsky, N. (2011). Diez estrategias de manipulación mediática. *Archipiélago*, 73, 7-8.

³² Giroux, H., *op. cit.*, p. 211.

³³ Giroux, H., *op. cit.*

³⁴ Broncano, F. (2020). *Conocimiento expropiado. Epistemología política en una democracia radical*. Akal.

³⁵ Proctor, R. N. (2020). Agnotología. *Revista de Economía Institucional*, 22(42), 15-48.

³⁶ Husserl, E. (1913). The constitution of the physical reality through the body. En D. Welton (Ed.) (1999). *The Body*. [El cuerpo], (pp. 23-37). Blackwell Publishers.

³⁷ Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. Crítica.

³⁸ Chapela Mendoza, M. C., *Promoción de la salud y emancipación, op. cit.*

³⁹ Broncano, F., *op. cit.*

⁴⁰ Peñaranda Correa, F., Bastidas, M., Escobar Paucar, G., Torres Ospina, N., Pérez Becerra, F. N., y Arango Córdoba, A. Hurtado Orozco, C. A. (Ed.). (2010). *Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico*. La Carreta de la Salud, Universidad de Antioquia, proponen a la educación crítica y popular para la salud como una mirada alternativa al modelo biomédico.

⁴¹ Contamos, por ejemplo, con las aportaciones de pensamiento decolonial como el de Lumumba, P. (1961). *Le Congo terre d'avenir est-il menacé ?* [¿Está en peligro el Congo, tierra de

futuro?]. Office de publicité; Sartre, J. P. (2023). Préface. En J. Van Liere (Ed.), *La pensée politique de Patrice Lumumba*. El pensamiento político de Patrice Lumumba]. Presence Africana; Fanon, F. (1983). *Los condenados de la tierra*. Fondo de Cultura Económica; Mignolo, W. D. (2009). Epistemic disobedience, independent thought and decolonial freedom. *Theory, Culture & Society*, 26(7-8), 159-181; Quijano, A. (2014). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder* (pp. 861-919). CLACSO Colección Antologías; Quijano, A. (1992). Colonialidad y modernidad-racionalidad. En H. Bonilla (Ed.), *Los conquistados: 1492 y la población indígena de América* (pp. 437-447). Tercer Mundo-FLACSO; Santos, B. d. S. (2014). *Una Epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. CLACSO y Siglo XXI editores; y de las de las pedagogías de la esperanza y de la liberación acuñadas por Freire, P., *op. cit.*; Sánchez Vázquez, A. (1999). *Entre la realidad y la utopía. Ensayos sobre política, moral y socialismo*. Fondo de Cultura Económica; Rodríguez Brandao, C. (2019). “Eles” e “Nós” entre “Nós e Eles” algumas memórias e imaginários sobre a investigação-participativa. En A. Noboa (Coord.), *Conocer lo social III. Las metodologías emergentes* (pp.18-44). Fundación de Cultura Universitaria; o Dussel, E. (1973). *Para una ética de la liberación latinoamericana*. Siglo XXI editores; y de la Medicina Social, la Salud Colectiva, la Epidemiología Crítica y, desde luego, de una Promoción de la Salud comprometida con la dignidad humana como es de la que se habla en esta obra.

⁴² Freire, P., *op. cit.*, p. 101.

⁴³ Chapela Mendoza, M. C. y Consejo, R., *op. cit.*

⁴⁴ Granados Mendoza, M. C. et al. (2026). *Promoción de la salud en Latinoamérica – Abya Yala. Aportes a la Promoción de la Salud en Nuestra América*. <https://www.promocionsaludregionamericas.com/>.

Capítulo I

Promoción de la salud emancipadora en la reparación de sociedades de la vida

Jaime Breilh

Introducción: ¿Cuál y por qué el sentido de una promoción crítica emancipadora de la salud (PSE)?

Consolidar y movilizar los recursos de las ciencias y las técnicas en defensa y promoción de la vida y la salud es el *leitmotiv* de esta obra enfocada desde una perspectiva transdisciplinaria.

El desafío se torna aún más importante porque el equipo coordinador ha definido, con acierto, que se trata de un reto emancipador. Y es en ese marco que he trabajado este capítulo, pensado desde mi experiencia como proponente de una epidemiología crítica de la salud y su promoción. Al hacerlo, es imposible –y en todo caso sería no ético– soslayar la realidad vibrante de un mundo en conflicto, cuyas violentas aristas nos invaden mediáticamente. Decir todo esto e incluir estos argumentos en un texto académico puede incomodar tal vez a quienes se sienten conformes con esta realidad, pero no desde una postura científica y profesional rigurosa.

En el ojo del huracán de este siglo XXI está el choque de dos proyectos geopolíticos que inevitablemente condicionan el futuro de la vida en la América Latina. El primero, impuesto desde hace décadas, está inspirado en la llamada doctrina Monroe y nos condiciona a seguir siendo pueblos subalternos de las estrategias de seguridad y hegemonía de una unipolaridad colonialista. Pero ha surgido más recientemente un proyecto que abre un horizonte promisorio a conquistar, en el que nuestro subcontinente, los pueblos morenos del Sur, seamos actores protagónicos de una multipolaridad de cooperación que libere nuestros talentos y capacidades para transformarnos en sociedades soberanas, que puedan revertir la crisis múltiple que destruye la vida y la salud.

Argumentar a favor de una *promoción crítica y emancipadora de la salud* en este contexto que hemos trazado en grandes líneas –como en cualquier otro período de la historia– exige coherencia también en las ideas. Desarrollar una

perspectiva crítica para nuestro trabajo profesional es una postura congruente con la promoción crítica.

En síntesis, el contexto *histórico* es el de una América Latina que pugna por romper las ataduras de la dependencia. Un tiempo marcado no solo por la crisis material del extractivismo en todas sus formas y el consiguiente colapso ecológico, sino por la crisis moral que se alimenta de un neofascismo con su autoritarismo recrudecido, que atraviesa la civilización con sus instituciones económicas, políticas, educativas y sanitarias. Un desplome global frente al cual los derechos al bien vivir saludable, a la protección y promoción de la vida van pareciendo una quimera de siglos anteriores.

En esas circunstancias, no podemos seguir tratando con ligereza incluso conceptos como *salud* y *promoción de la salud*. A primera vista, parecería que ambos pertenecen al sentido común, como cuestiones intuitivas que se explican por sí mismas. Sin embargo, como ocurre con todas las categorías centrales del saber, *su significado ha sido profundamente distorsionado*, ya sea por un pensamiento ingenuo o por la acción de intereses que se imponen desde las estructuras de poder y sus recursos mediáticos.

Promover la vida y la salud en una civilización que las niega

La vida y la salud en la civilización malsana del siglo XXI

Promover salud en el siglo XXI exige reconocer una premisa ineludible: vivimos en una civilización que niega sistemáticamente la vida, conformándose como un contexto histórico regresivo y peligroso.⁵⁰ Las condiciones que permiten a los seres humanos –y a la naturaleza– tener una existencia sustentable están siendo erosionadas por un sistema que prioriza la acumulación, el extractivismo y el control tecnocientífico sobre el valor de una vida sustentable.

La crisis no es sectorial ni episódica. Es estructural y global. El hiperneoliberalismo del capitalismo 4.0 ha transformado la economía, la política, la cultura, el ecosistema, las relaciones laborales y la subjetividad en un proceso continuo de desposesión. No se trata de un panorama de “determinantes” aislados; se trata de una determinación social profunda, de procesos que articulan fuerzas destructoras sobre cuerpos, territorios y mundos de vida (figura 1).

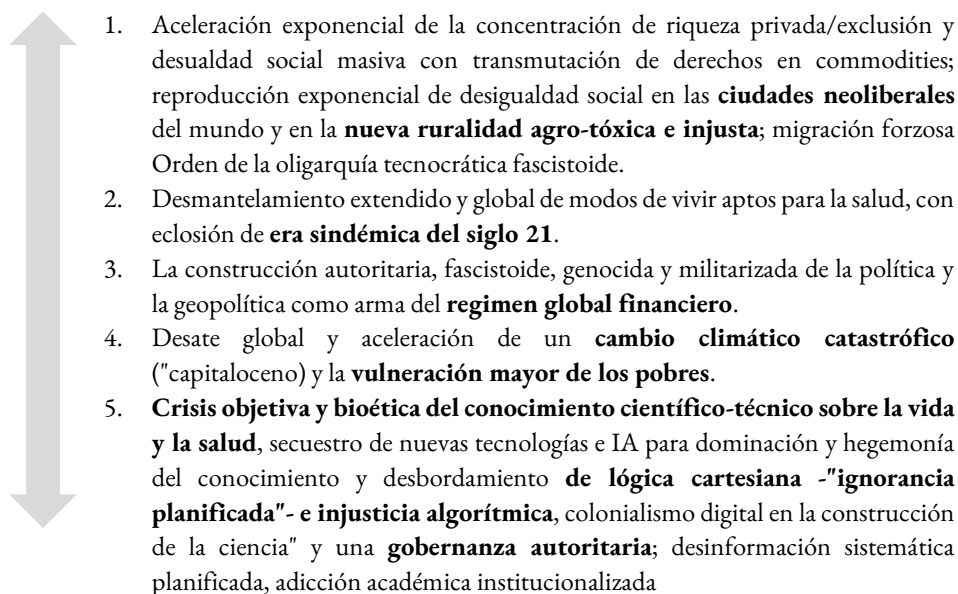


Figura 1. La civilización 4.0: aceleración y crisis múltiple de la vida, de los derechos y del *ethos* del vivir

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2021a). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press; y Breilh, J. (2024). El desplome del bien común en el siglo XXI: urgencia de un nuevo paradigma de bioética. *Revista Andina*, 10, 22-28.

Esta figura que sintetiza la multiplicidad de los componentes de la crisis no es un recurso expositivo accesorio: es un condensado epistemológico que revela la complejidad de una acelerada catástrofe, que muestra elementos genocidas, una regresión de los derechos y de la bioética. Se trata actualmente de una regresión suicida de tal magnitud que nos interpela, no solo desde la defensa de derechos irrenunciables como los de clase, de género y etnoraciales, sino que nos interpela como humanidad en riesgo de extinción.⁵¹

Esta regresión aparece como una ilusión de democracia sin humanidad que se ha denominado como un neofascismo, que no es externo al orden democrático hegemónico, sino su actual forma degenerada en el marco de un orden tecnocrático que genera y convive con la extrema fragmentación social, la ficción de los "enemigos internos" y la legitimación de la violencia que se la administra de forma calculada. La institucionalidad no se destruye, sino que se

la habita e instrumentaliza para servir a un régimen de miedo como recurso de cohesión.⁵²

Estamos hablando entonces de una amenaza de extinción de la humanidad que no solo nos interpela como clases subalternas a una *necropolítica*, sino como una humanidad en peligro. Ninguna política de salud y de promoción puede ser eficaz si no reconoce esa complejidad y si no adhiere a una nueva arquitectura política a la que propusimos hace años denominar neohumanismo popular.⁵³

Hoy, en pleno siglo XXI, a pesar de la abundancia de recursos y tecnología, nos vemos forzados a trabajar por la vida y la salud, justo cuando se ha agravado aún más el retroceso social que se impuso desde el Consenso de Washington neoliberal –i. e. mercado como regulador y la privatización de los recursos públicos como estrategia de consolidación–: una regresión de la vida planetaria que explica la convergencia del extractivismo económico, la devastación ecológica, la precarización laboral, la violencia patriarcal, el racismo estructural, el autoritarismo político y una digitalización opresiva. En ese vendaval hasta los organismos de financiación “pública” internacional y de cooperación sanitaria como la OMS y la OPS, que fueron creados para una gobernanza pública global, se han vuelto dependientes de los intereses que subyacen a la filantropía corporativa. El hiperneoliberalismo tecnocrático –que domina las plataformas digitales y los territorios físicos– ha impuesto una nueva hegemonía: la del control total sobre la naturaleza, los cuerpos y la información. En definitiva, se ha confirmado la visionaria tesis de Bolívar Echeverría que hace una década reveló la esencia patógena de un progresismo descontrolado incompatible con la vida.⁵⁴

Mirando esta catástrofe desde la epidemiología he propuesto explicarla por la articulación destructiva de *tres matrices del daño a la vida* que “trazan la cancha” de la lucha por la salud y su promoción:

- Hiperneoliberalismo necropolítico < > matriz social histórica
- Capitaloceno < > matriz ecosistémica⁵⁵
- Globalización sindemo-pandémica < > matriz epidemiológica

Ante semejante realidad no podemos aceptar la lógica y la postura ética de la promoción tradicional, que opera ingenuamente sobre “factores” percibidos en las expresiones superficiales del deterioro familiar individual; requerimos

formar una *escuela crítica de la promoción* que penetre los procesos de esas tres matrices y las estructuras que los generan y forje lazos transdisciplinarios-interculturales para abarcarlos. El deterioro de la vida expresa una correlación de fuerzas históricas que operan simultáneamente sobre los territorios y las personas. Promover salud implica comprender esa correlación.

La promoción emancipadora comienza por leer la crisis. No para resignarse ante ella, sino para desentrañar sus lógicas y reconocer los puntos desde donde puede nacer la transformación.

Estrategias urgentes

Brota del contexto histórico descrito la urgencia teórico-práctica y bioética de una revolución del paradigma científico en que se basa nuestra acción. Esta revolución implica tres procesos simultáneos e interdependientes de superación de un modo de pensar caduco y funcional como lo señala la figura 2.

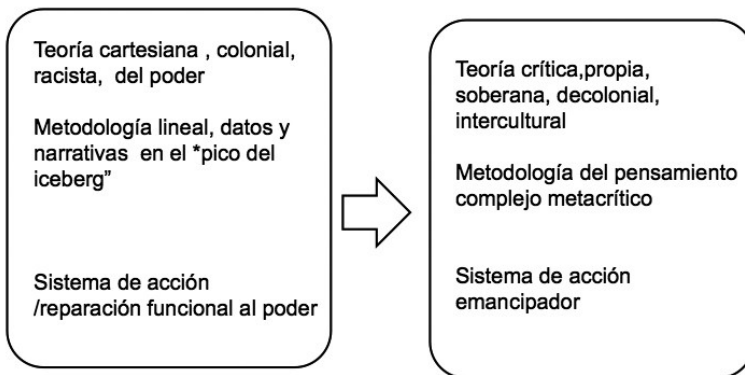


Figura 2. Revolución del paradigma científico (ciencias de la vida)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2023). Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Universidad Andina Simón Bolívar.

Revolución de las ideas en salud: conocer el territorio y entender las relaciones

El punto de partida de cualquier esfuerzo emancipador es la convicción de que ninguna transformación es posible si no se cambia el horizonte conceptual desde el cual pensamos la salud. Como lo vamos a ver luego, la *promoción* convencional se basa en supuestos reduccionistas: que la salud es individual,

que la prevención se limita a “modificar conductas”, que la comunidad es un público y no un sujeto social, que la naturaleza es un escenario y no un organismo viviente y determinante. Dichos supuestos conviven en un paradigma científico que es el empirismo cartesiano.

Como lo analiza Boaventura Santos en un reciente ensayo,⁵⁶ el “*pienso, luego existo*” de Descartes resumió las tres ideas de la modernidad europea que se volcaron también al Sur como pensamiento de la expansión colonial. Una racionalidad ahistórica que nos impuso esa forma de pensar que apuntala el poder, porque asume tres supuestos de veracidad de la ciencia (i. e. que en realidad son de verosimilitud cartesiana): la primacía de una *racionalidad ahistórica*; la lógica también de la *autonomía de lo individual*, para disolver lo colectivo como principio de objetividad y clave de la realidad; y la duda en la búsqueda de la verdad, pero que al darse en el marco cartesiano es un razonamiento que restringe el horizonte de creatividad y profundización de la ciencia al descubrimiento de nuevas relaciones empíricas de causalidad.

De ahí la concepción empirista cartesiana de la realidad domina las ciencias de la vida. Es una teoría de la fragmentación que desconecta. Una perspectiva empírico-analítica, construida como hemos visto desde siglos anteriores, que para el caso de la biología y ciencias de la vida se organiza alrededor de postulados que Levins & Lewontin los describen así:⁵⁷

- Los fenómenos del mundo son la convergencia de partículas.
- Las propiedades de esas partes que son las esenciales determinan el comportamiento del todo.
- Por tanto, existe una preeminencia o prioridad de las partes sobre el todo.
- Y finalmente, como resultado de lo anterior, la *reducción es el método* y el *reduccionismo es la cosmovisión* de la ciencia.

Alrededor de esa lógica, en el caso de las ciencias en salud, la ciencia cartesiana desconecta la clínica, la epidemiología, la nutrición, los procesos ecológicos, la salud en el trabajo, la psicología social, y claro está, la terapéutica, la prevención y promoción resultan así interpretadas por fuera de su determinación social.

Es un pensamiento lineal, que supedita su lógica a la inducción empírica de evidencias aisladas en los pacientes o eventos inmediatos. Es la lógica que lamentablemente comanda hoy la investigación, la docencia y la gestión en los

espacios académicos funcionales al poder. Por eso nos entrenan para apenas describir y actuar sobre fenómenos empíricos, valga la redundancia, que se dan en el que he llamado “*pico del iceberg*”. Irvine, Miles & Evans,⁵⁸ recuperando la crítica foucaultiana, han explicado por qué esa lógica del pensamiento reduccionista es funcional al poder, puesto que separa los eventos reales en cosas, por un lado, y sus “contextos y relaciones evaluativas”, por el otro.

Podríamos ofrecer innumerables ejemplos sobre las consecuencias de organizar la salud desde esa perspectiva. En las distintas esferas de acción en salud, los programas se desarrollan bajo dicho paradigma en hospitales, centros de salud o sus extensiones comunitarias. Dependen además de limitaciones interpretativas desde cuyo marco se forma al personal, que resulta así sometido al cumplimiento a ciegas de protocolos curativos sesgados y enfoques de prevención o de promoción de carácter reduccionista. Se opera, en definitiva, bajo una forma de mirar que se enfoca en los llamados “factores de riesgo”, totalmente separados de la realidad que los determinan. Así, por ejemplo, en el caso ilustrativo de una madre obrera de una empresa floricultora, que acude a la consulta por sufrir dolor lumbar crónico, trastorno de la menstruación, ansiedad persistente y mareos, por ejemplo, al ser atendida desde una lógica biomédica cerrada, como un *caso* aislado, solo recibirá si es que tiene suerte la prescripción de medicamentos (i. e. analgésicos; reguladores hormonales; algunos consejos preventivos e indicaciones de promoción aislados; modesto apoyo psicológico personal; indicaciones de reposo, etc.). En el mejor de los casos experimentará una curación y alivio provisionales, hasta que vuelva al día siguiente a los mismos patrones de exposición patogénica y vulnerabilidad que se generan en su modo de vivir y las cotidianas amenazas que se reproducen en el modo de vivir de su clase social, cruzado por las relaciones de poder de género y etnoraciales propios de su espacio de reproducción social.

El/la profesional que la trató, por más bueno/a que sea, no es más que un eslabón técnico parcial y sin poder de un sistema ciego. No puede respaldarse en protocolos bioéticos consistentes frente a las urgencias de una realidad patógena; no tiene información sobre la región o territorio de la floricultura; no conoce ni se ha formado su sensibilidad para desentrañar los patrones de exposición y vulnerabilidad típicos del colectivo laboral de la paciente y de los miles de miembros de su colectivo. Tampoco entiende ni conoce los estresores y ciclos de estresamiento característicos del trabajo agroindustrial femenino. En definitiva, es un/a profesional normalmente muy bien intencionado, pero no

tiene ni la motivación ni el respaldo institucional indispensables para poder entender que “el caso” de esa obrera es apenas una evidencia parcial de un problema de salud más amplio. No maneja ni conceptos, ni herramientas para ser más efectivo/a e integral en sus acciones curativas, preventivas o de promoción. Es decir, en otros términos, no ha sido formado/a para entender y enfrentar la determinación social de los procesos epidemiológicos que generan el problema que examina en la consulta y que se están apenas expresando en ese cuadro sindrómico (i. e. dolor lumbar crónico, trastorno de la menstruación, ansiedad persistente y mareos) que es la respuesta biológica a los procesos, cuya determinación social está ampliamente demostrada.⁵⁹

En el mundo asistencial que ilustra el caso que acabamos de perfilar, las consecuencias de ese dicho reduccionismo –lamentablemente típico– son muy serias, no solo porque encarnan un desconocimiento y evaluación ciega de la realidad completa de la que forman parte esos daños a la salud que fueron sometidos al diagnóstico-terapéutico de la paciente, sino porque generan en bola de nieve una cadena de empobrecimiento y distorsión de los juicios y datos con que ese/a profesional llena los expedientes de la historia clínica, la epicrisis, las plantillas de alimentación estadística y otros, que luego alimentan al sistema de información en salud con esa base de ignorancia.

Eso no es exclusivamente culpa de lo/as profesionales de la medicina, la enfermería, la odontología, la psicología, la nutrición, el trabajo social, programas de prevención y promoción la salud, etc. Ni tampoco se trata de un problema de ilegitimidad expresa en los programas de capacitación de las facultades profesionales ligadas a la salud. Se trata de un sistema de salud integralmente sesgado, que se reproduce en dicho paradigma de investigación y formación superior. Todo un tinglado que la sociedad llana desconoce y que está basado en el funcionalismo del paradigma cartesiano, hecho para omitir o soslayar la relación de los fenómenos de nuestro campo con su contexto histórico social. Un modelo de educación superior que reproduce en cada generación de profesionales una forma de ignorancia institucionalizada que fue descrita hace casi dos décadas por un equipo de investigadores de diversas disciplinas, coordinados por los profesores Robert Proctor y Londa Schiebinger que publicaron en la Universidad de Stanford, hace casi una década, el libro *Agnatology: the making and unmaking of ignortance* [Agnotología: la creación y la desintegración de la ignorancia].⁶⁰

Cabe redundar aquí sobre este muy preocupante testimonio que nos desafía a la hora de pensar en la promoción emancipadora de la salud. En efecto, la obra citada expone en su primera parte cuatro vías o modalidades de ignorancia impuesta mediante los mecanismos de *secretismo*, *selectividad negativa* y *supresión arbitraria* que se ha sacado a la luz: un proyecto cuyos hallazgos y opiniones se censuraron por considerarlos simplemente “inconvenientes”; otro proyecto sobre el cambio climático, cuyas sólidas conclusiones científicas fueron refutadas acudiendo a “deleznables argumentos” mediáticamente posicionados; y un tercer proyecto sobre el cual el poder empresarial y mediático propalaron falsa información para sembrar dudas sobre resultados que comprometían los intereses de grandes empresas. Luego, una segunda parte del libro estudia casos de *invisibilización programada de conocimientos ancestrales* de culturas que forman parte del mundo negligible o despreciable para el poder. Y, finalmente, una tercera aparte que complementa las anteriores, al revisar las *teorías sociales sobre la ignorancia científica*, la *supremacía blanca en la ciencia*, el crucial debate entre las *tesis hegemónicas de “manejo del riesgo”* frente a la aplicación ética del principio de precaución. El libro cierra con un ensayo magistral acerca de la estrategia de disolución y oscurecimiento intencional de la objetividad científica provocado por la que sus autores denominan la “maquinaria de ignorancia planificada”.

La revolución conceptual que planteamos en este ensayo parte de algunas ideas fuerza que debemos comprender a plenitud:

- La vida es un proceso histórico que se expresa en humanos y ecosistemas;
- La salud es un proceso multidimensional y relacional;
- La reproducción social determina la existencia de condiciones saludables o insalubres;
- La promoción debe intervenir en los procesos que producen vida y no solo en los factores que expresan enfermedad.

En definitiva, la revolución que proponemos implica recuperar el sentido político humanístico de la promoción. Promover salud significa disputar el modelo civilizatorio, reconstruir mundos de vida, fortalecer autonomías comunitarias y sostener relaciones respetuosas con la naturaleza.

Superación de una metodología lineal y reduccionista

El segundo pilar de acción se enfoca en la metodología. No es posible comprender ni transformar procesos complejos con la lógica cartesiana y sus herramientas de un raciocinio lineal. La promoción requiere un pensamiento dialéctico, capaz de: a) leer simultáneamente múltiples dimensiones de la vida; b) relacionar las dimensiones: general, particular y singular de la reproducción social con sus respectivas formas de metabolismo ecosistémico; c) interpretar nudos críticos de la inequidad/desigualdad; d) identificar procesos destructores malsanos y protectores saludables; y e) ubicar dinámicas de transformación en territorios concretos.

Ese movimiento metodológico se requiere para poder explicar de modo integral la salud como proceso complejo y transformarla en un espacio social (territorio concreto) donde se cruzan relaciones ecológicas, económicas, culturales, institucionales y afectivas. La figura 3 ilustra la multidimensionalidad integrada del movimiento complejo de la salud como matriz de las acciones de promoción emancipadora.

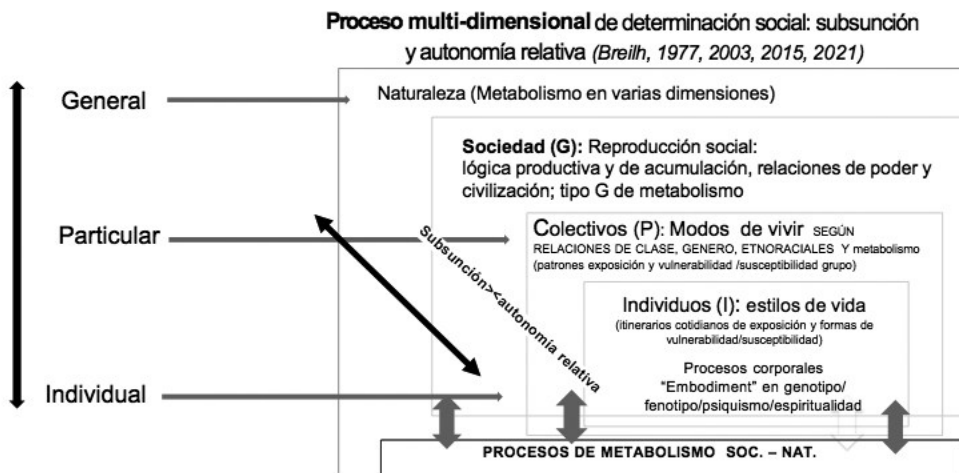


Figura 3. Desarrollar las acciones de promoción en todas las dimensiones del movimiento de reproducción social

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (1977). *Crítica a la interpretación ecológico funcionalista de la epidemiología*. Tesis UAM-X; y Breilh, J. (2021a). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press.

Esta comprensión compleja será desarrollada a fondo en el siguiente subcapítulo, en el que se presentarán las herramientas fundamentales de la epidemiología crítica de la determinación social para una promoción emancipadora.

Cambio del sujeto de la promoción: la salud desde todas las voces

La promoción crítica requiere cambiar no solo ideas y métodos, sino el sujeto mismo de la acción promotora. La promoción funcional se dirige a individuos aislados; la promoción emancipadora trabaja con pueblos, colectivos, comunidades, organizaciones y territorios como sujetos políticos de transformación.

Este desplazamiento –del individuo a la comunidad organizada– es fundamental porque la vida se sostiene colectivamente. Ningún ser humano puede vivir, protegerse o cuidarse solo. La promoción es un proceso social, y sus sujetos deben ser sociales.

Esta estrategia implica también reconocer las formas de cuidado comunitario, los saberes locales, la interculturalidad y las prácticas ancestrales que sostienen territorios vivos. La promoción crítica no “lleva conocimiento”; dialoga con el conocimiento social, lo integra y lo potencia.

Es de esperar que quienes impulsamos una promoción efectiva tomemos plena conciencia de lo hacemos en un tiempo en que la vida y la salud en nuestras ciudades y campos están amenazadas por una civilización que destruye día a día sus propias condiciones de existencia. Pero, a la vez sabemos que existen pueblos inteligentes y valerosos que, así mismo, luchan día a día por defender su derecho a un buen vivir saludable. Esto no es simple retórica, cada día los medios democráticos y las redes de conciencia están repletos de testimonios de valentía y resistencia y de la utopía de un camino emancipador. La promoción crítica es una praxis que emerge de esta comprensión compleja, histórica, bioética y solidaria que brota del neohumanismo popular.

Reflexión crítica, epistemológico-política de la propuesta de Una sola salud (One Health)

Mediante un documento tripartito tres entidades de la cooperación internacional lanzaron en 2010 la propuesta de compartir responsabilidades y coordinar actividades globales sobre la que llaman la *interface de los animales, humanos y los ecosistemas* para afrontar “riesgos” de la salud.⁶¹ Siete años más

tarde estas mismas entidades lanzaron un nuevo planteamiento para fortalecer la arquitectura operativa del modelo⁶² y finalmente hace tres años alinearon el plan con los mecanismos cuestionados del Tratado de Pandemias, la gobernanza algorítmica y el modelo de vigilancia global.⁶³

Diversos autores han advertido que el *Tratado de Pandemias* consolida un modelo de gobernanza sanitaria global que no solo debilita la gobernanza pública mundial –como lo hemos comentado en este mismo ensayo, sino que refuerza asimetrías históricas, obligando a los países periféricos a sostener sistemas de vigilancia y reporte cuyos beneficios quedan concentrados en el Norte Global. Como señala el CEBES,⁶⁴ el tratado promueve una “universalización de responsabilidades” que encubre desigualdades estructurales y abre la puerta a formas renovadas de colonialidad sanitaria. En la misma línea, Giraldo advierte que el tratado desplaza la discusión sobre las raíces socioeconómicas de las crisis sanitarias, reforzando un enfoque tecnocrático y despolitizado que ignora la determinación social y ambiental de las pandemias.⁶⁵

Con esos antecedentes se comprende que el avance contemporáneo del modelo *One Health*, presentado como una benigna integración entre salud humana, salud animal y ambiente, debe ser examinado crítica y especialmente desde la perspectiva de la soberanía del Sur y la perspectiva emancipadora de la determinación social de la salud. Aunque se lo difunde como un enfoque holístico y una favorable herramienta para enfrentar los “riesgos de la salud”, estamos encontrando aristas nada favorables.

One Health reproduce un marco conceptual heredero del funcionalismo ecológico y de la triada agente–hospedero–ambiente, preservando una “ecología sin historia” que no incorpora las dinámicas político-económicas del capitalismo contemporáneo.⁶⁶ El paradigma mantiene una ontología fragmentada que impide comprender cómo se producen los arreglos socioecológicos que determinan los riesgos sanitarios actuales.

Diversas voces críticas en América Latina han advertido que *One Health* se promueve sin un debate democrático real, ignorando la tradición de la salud colectiva, la reforma sanitaria y la epidemiología crítica. Para el CEBES, la propuesta vinculada al *Tratado de Pandemias* tiende a universalizar responsabilidades sin reconocer asimetrías históricas y materiales: exige a los países periféricos generar información que luego es apropiada por industrias del norte global, reforzando formas de colonialidad sanitaria. Este enfoque

oculta deliberadamente la producción estructural de las zoonosis contemporáneas –deforestación, agronegocio, devastación territorial, precarización laboral– y privilegia soluciones tecnocráticas orientadas a vigilancia y control.

Robert Wallace profundiza esta crítica mostrando cómo *One Health* puede convertirse en una “ciencia del anti-Estado”, funcional al programa neoliberal y a la expansión agroindustrial. Señala que actores como EcoHealth Alliance operan como intermediarios entre corporaciones, organismos multilaterales y gobiernos, legitimando la mercantilización de ecosistemas y saberes locales. Wallace demuestra que el enfoque, al no cuestionar el modelo agroexportador, termina reforzando el acaparamiento de tierras, la financiarización de la naturaleza y la subordinación de comunidades campesinas e indígenas. Su análisis expone que la retórica de “integración ecosistémica” sirve para cubrir procesos de desposesión y nuevas formas de acumulación por despojo.

Desde la determinación social de la salud, la limitación más profunda de *One Health* reside en su incapacidad para politizar la causalidad. Al reducir los problemas a interacciones biológicas o zoonóticas, desatiende la dialéctica histórica en la que se producen los riesgos y se destruyen las bases de la vida. Mientras la epidemiología crítica examina procesos estructurales –patrones de acumulación, desigualdades, extractivismo, violencia colonial, metabolismo sociedad-naturaleza–, *One Health* se restringe a vigilancia, modelamiento de patógenos y gestión de emergencias. Esta orientación no solo impide comprender las causas profundas, sino que desplaza la acción política hacia un horizonte tecnocrático disciplinante.

En síntesis, el modelo *One Health* no supera la episteme que pretende reemplazar: profundiza la fragmentación cartesiana y se articula con un proyecto de gobernanza global que fortalece intereses corporativos y financieros. Frente a esta tendencia, la determinación social de la salud propone un horizonte emancipador que articula historia, poder, territorio, trabajo, cultura y naturaleza. Solo desde esta perspectiva integral es posible construir una relación salud-sociedad-ecosistemas que promueva soberanía, justicia ambiental, participación ciudadana y la defensa de la vida.

El sentido profundo de la prevención y promoción en salud. Una mirada emancipadora desde la epidemiología crítica

La necesidad de distinguir las dimensiones y ámbitos de la prevención y la promoción: salud individual, salud pública y salud colectiva

Uno de los mayores obstáculos para la construcción de una promoción emancipadora de la salud es la confusión conceptual que domina el campo sanitario. Esta confusión no es meramente académica: tiene consecuencias prácticas graves. Cuando no se distinguen adecuadamente las dimensiones de la prevención y la promoción, estas acciones terminan reducidas a intervenciones técnicas que operan sobre los efectos superficiales del deterioro, sin transformar los procesos que lo generan.

La promoción convencional suele situarse dentro del paradigma biomédico que concibe la salud como un atributo individual. Desde esta lógica, prevenir y promover significa intervenir sobre la conducta personal: educar, informar, motivar, advertir a los pacientes, familias o miembros aislados de una colectividad. Esta visión –que colonizó los sistemas sanitarios de América Latina durante décadas– fragmenta la vida en *riesgos*, *factores* y *comportamientos aislados*. Confunde causas con correlaciones, y termina responsabilizando a las personas por procesos que son fundamentalmente sociales.

Sin embargo, como ha mostrado la epidemiología crítica latinoamericana, la salud no es reducible a riesgos personales, decisiones individuales, y ni siquiera solo a las condiciones cercanas del entorno inmediato. La salud es una expresión histórica de las relaciones sociales, económicas, ecológicas y culturales que configuran la vida en los territorios. Por ello, es necesario distinguir claramente tres ámbitos interdependientes, pero no equivalentes: salud individual, salud pública y salud colectiva (figura 4).

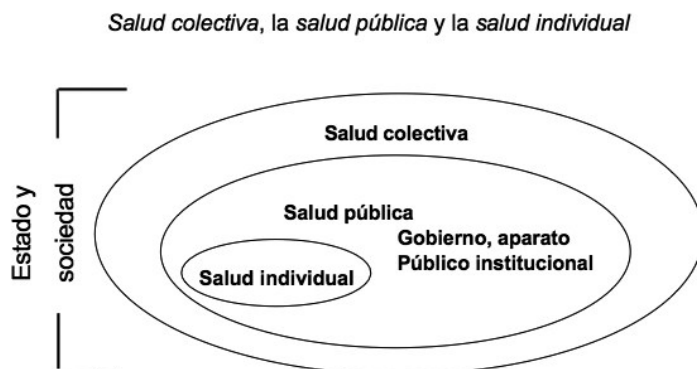


Figura 4. Campos de la salud, la *prevención* y la *promoción*

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial; y Breilh, J. (2021a). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press.

Distinguir y articular las dimensiones *individual*, *pública* y colectiva de la salud no solo enriquece la teoría, sino que permite orientar en el territorio la práctica hacia espacios y seres vivos, dominios de significación distintos, donde operan sujetos distintos, capaces de participar en la construcción de salud. Esta claridad conceptual prepara el terreno para la segunda parte de este subcapítulo, en la que nos referiremos a las herramientas analíticas y metodológicas para repensar la promoción emancipadora.

La desigualdad como expresión histórica de las relaciones de poder

Cuando se mira la *desigualdad* desde la salud y la promoción emancipadoras, se comprende que esta no es un “determinante” o factor que se explica por sí mismo y en sí mismo. Es una característica observable que encarna y pone en evidencia la *inequidad* estructural y distribución histórica del poder en nuestras sociedades, con sus diferentes clases sociales. Es esta una realidad que debemos comprender pues explica el diverso y contradictorio acceso a los bienes de producción y al mercado que ostentan los colectivos y sus miembros (ver figura 5).

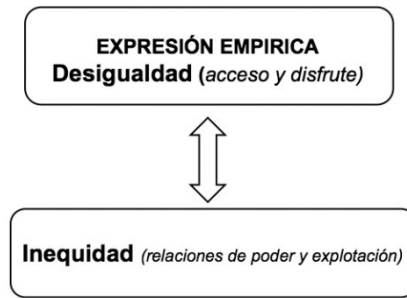


Figura 5. Inequidad y desigualdad. *Cartesianismo, no las distingue*

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh J. 2023. *Epidemiología crítico e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial y Breilh J. 2021. *Epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press.

En el campo, en las ciudades, en las instituciones y en todo espacio social, hay relaciones de inequidad que se expresan en formas de desigualdad (i. e. en las modalidades de trabajo e ingresos; en los modos de consumo diferentes, que se expresan el acceso diferenciado a los alimentos y su calidad, al descanso reparador, a la educación en sus distintos estamentos, en el acceso y calidades de los servicios de salud y, en definitiva a los modos de vivir estructurados, que a su vez determinan los distintos patrones colectivos típicos de exposición y vulnerabilidad –ie clasistas, de género y etnoraciales–).

Por tanto, cuando nos acercamos a investigar nuestra realidad, sea esta urbana o rural, sea en cuanto a sus perfiles epidemiológicos o sea frente a sus distintas necesidades respecto a la atención, prevención o promoción de la salud, no podemos tratar el problema con el mismo rasero, como si nuestra realidad socioepidemiológica fuera homogénea. Por eso nos hemos visto obligados a trabajar la epidemiología crítica de cualquier colectivo, estudiando su posición y relaciones respecto a una matriz de segregación del poder (de clase, de género y etnoracial). Esta distribución expresa la estratificación clasista que siempre se encuentra en nuestras colectividades frente al acceso a los bienes económicos, políticos y culturales, espirituales y demás de los que depende el buen o mal vivir y la salud mejor o peor de los conglomerados de un espacio social territorio.⁶⁷

Las herramientas analíticas y de campo para repensar la promoción emancipadora

Promover salud no consiste en transmitir mensajes, modificar comportamientos o ejecutar programas aislados. Significa leer procesos y transformarlos. Significa comprender cómo se producen la vida y la muerte en un territorio y acompañar a los pueblos en la construcción de mundos donde la existencia sea sostenible, digna y plena. Esta comprensión exige una epistemología que reconozca la complejidad multidimensional de la vida, así como herramientas metodológicas capaces de hacerla visible.

La epidemiología crítica ha desarrollado un conjunto de instrumentos conceptuales y metodológicos que permiten pensar la promoción desde esta profundidad. Son herramientas que no se reducen a técnicas, sino que expresan una lógica metacrítica, capaz de integrar historia, territorio, cuerpo, subjetividad, ecología y relaciones sociales en un mismo marco analítico.

Este conjunto de herramientas se despliega de manera articulada. A continuación, las presentamos en una secuencia que respeta su lógica interna y su función en la acción promotora.

La determinación social: una clave para comprender la complejidad multidimensional de la vida y la salud

El primer paso es reconocer que la salud no es efecto de factores aislados y externamente conectados, sino producto de procesos históricos que configuran las relaciones históricas del vivir, trabajar, alimentarse, reproducirse y habitar los territorios. Esta es la diferencia fundamental entre la perspectiva crítica de la determinación social de la salud y los enfoques neofuncionalistas centrados en los “determinantes sociales”, que fragmentan la realidad y la convierten en una lista de variables (volver a figura 3).

En 2021 publiqué en *Cadernos de Saúde Pública* una réplica a equívocos analíticos, sesgos axiomáticos e interpretativos desde los que Cecilia Minayo buscó justificar una crítica al paradigma dialéctico de la determinación social de la salud.⁶⁸ Lo que seguro interesa al lector es saber que dicha polémica, lejos de afectar la fuerza de nuestros planteamientos, desencadenó la realización de varios seminarios del más alto nivel sobre el asunto. Ricas contribuciones surgieron las cuales han fortalecido la robusta argumentación latinoamericana

en lo epistemológico, lo bioético y lo político. De entre aquellas destaco aquí el magnífico ensayo de Carnut, Correia, Marín y del Río (2025) que presenta un recorrido histórico epistemológico sobre las categorías: *determinación*; *determinismo*, determinantes.⁶⁹

No cabe exponer aquí el contenido de mi respuesta a la profesora Minayo – que mereció comentarios favorables y motivó la realización de seminarios en universidades hermanas de Brasil, Argentina y Colombia, todos enfocados en la defensa del paradigma que habíamos propuesto–. Más bien, lo que interesa, por ser un tema crucial para la promoción emancipadora es destacar que se presentaron sólidas argumentaciones de carácter teórico-epistemológica sobre dicho debate: *determinación* versus *determinantes*. Carnut, Correia, Marín y del Río,⁷⁰ por ejemplo, contribuyeron a fortalecer nuestro argumento central de que la crítica surgió de una confusión entre determinismo y determinación. Ellos han explicado que en Brasil algunas voces se escuchan expresando que los determinantes y *determinación* son conceptos complementarios, argumentando que “os ‘determinantes’ estão relacionados com uma visão ampla/integral e/ou total (ou totalizante) de um processo social e que determinação é apenas a atuação dos determinantes (cada uma sua vez) nos corpos dos sujeitos” [los determinantes están relacionados con una visión amplia/integral y/o total (o totalizante) de un proceso social y que la determinación es solo la actuación de los determinantes (cada uno por su parte) en los cuerpos de los sujetos].⁷¹

Dicha aproximación utilitaria implica un error interpretativo y político de los proponentes del modelo de determinantes sociales. Primero, la comprensión errónea y eurocéntrica del problema al asimilar las categorías críticas y el ordenamiento jerárquico que habíamos propuesto y elaborado en América Latina desde fines de los años 1970, para convertirlas en expresiones de “niveles” –i. e. noción empírica del ordenamiento jerárquico– y en “variables” –i. e. en su modalidad de factores cartesianos–.⁷²

De hecho, en reacción a este descarrilamiento del paradigma latinoamericano de la determinación social, se organizaron tres seminarios internacionales y sendas publicaciones en el Sur: Brasil;⁷³ en México⁷⁴ y en Colombia.⁷⁵ En estos quedó bien apuntalada la necesidad de consolidar y potenciar la vía latinoamericana para repensar la salud, su sistema, la prevención y promoción del bien vivir saludable

Me extendía en estas reflexiones porque la condición emancipatoria que le estamos otorgando a la promoción de la salud no puede enredarse en una inconsistencia interpretativa, ni peor desfigurarse siguiendo un pragmatismo funcional. Tenemos que mirar la realidad de frente y evitar vernos envueltos en una confusa mirada tecnocrática de un desafío tan importante.

Se trata de una confusión que lamentablemente se ha creado en algunos grupos de la salud colectiva. Se trata de no pensar con ingenuidad y de que no comprendamos que *determinantes* o *y determinación* son términos que reflejan dos distintos proyectos de sociedad: el proyecto funcional de una gobernanza social demócrata alineada con el poder y el proyecto emancipador de la salud colectiva, que busca una gobernanza popular de reforma profunda del capitalismo.⁷⁶ El texto de Carnut, Correia, Marín y del Río que hemos citado penetra incluso en las razones filosóficas ampliamente desarrolladas desde el materialismo histórico sobre la sustancial diferencia entre el determinismo, con su reduccionismo causal, y la determinación social.⁷⁷

Mientras el enfoque de *determinantes* separa y descontextualiza elementos y mide correlaciones, la *determinación social* parte de una comprensión de la concatenación histórica de la salud con la estructura social que la deteriora. Nuestra mirada a un futuro promisorio que debe empezar a forjarse hoy no puede simplemente actualizar y tecnificar la misma construcción funcionalista que se sustenta en una lógica científica inductiva, que se limita a articular factores de riesgo para cada problema. Muy por el contrario, es un tipo de comprensión crítica del proceso histórico complejo, multidimensional y contradictorio que determina la vida y sus expresiones en salud. La categoría *determinación* da un nombre de *un* proceso que se interpreta lingüísticamente como sustantivo y epistemológicamente como *el* movimiento –en singular– de la reproducción social que genera condiciones de salud; mientras que *los determinantes* del modelo hegemónico se tienen que escribir en plural para expresar la objetividad y legalidad de un mundo visto desde el cartesianismo, como formado por partículas o factores de salud. Término, este último, que, al corresponder al principio de causalidad, tiene que ser necesariamente descrito en el plural, para abarcar *las* partes del plano empírico que, según su narrativa, “causan” condiciones de salud. Estas dos maneras de construir nuestra narrativa o, mejor dicho, estas dos lecturas de la realidad se ubican en polos opuestos, tanto epistemológica como políticamente. *La determinación* es un concepto del pensamiento dialéctico que supone una práctica política que

busca transformar, cuestionando el sistema social en su conjunto; mientras que *los determinantes* parten de una concepción cartesiana que presupone una práctica neofuncional reformista, de modificación sobre factores conservando la sustancia dominante, ignorando las relaciones sociales y de poder que producen los modos de vivir, y las relaciones de inequidad/desigualdad de los derechos.

Habiendo tratado con relativa amplitud algunas contradicciones interpretativas claves, y antes de describir las herramientas específicas con que contamos, cabe presentar los lineamientos que seguimos para desarrollar y aplicar una nueva metodología y novedosas herramientas que son indispensables para observar y desentrañar los procesos críticos específicos que generan abordarse para repensar y transformar la promoción:

- Los principios metodológicos que aplicamos para conocer los procesos estructurales (modo de producción, mercantilización de la vida, extractivismo, patriarcado, racismo) que operan en la configuración de la acumulación de riqueza y sus mecanismos y por esa vida en el deterioro de la salud colectiva.
- La geografía crítica de los procesos territoriales (urbanización de la inequidad urbana, precarización del trabajo, contaminación ambiental, pérdida de soberanía alimentaria en la ruralidad extractivista); que explica el papel de los espacios sociales como apuntando las relaciones sociales y la inequidad y, por tanto, las posibilidades de promoción.
- Los recursos de la investigación crítica desde varias disciplinas para explicar los procesos específicos de reproducción social en nuestros colectivos (i. e. reproducción según modos de vivir específicos, históricamente determinados y aun opuestos de reproducción social, con autonomías relativas, resistencias, reciprocidades). El reconocer como ese movimiento permite a la epidemiología crítica desentrañar los patrones socialmente determinados de exposición y vulnerabilidad frente a procesos patógenos que genera la acumulación inequitativa de acceso a los recursos del vivir saludable. Este esclarecimiento es vital para descubrir cómo y por qué se encarnan dichas relaciones sociales que determinan la diferenciación histórica de los procesos malsanos en los cuerpos humanos de distintas clases sociales, cruzadas por distintas

condiciones de género y etnoraciales, y por qué se destruyen los seres vivos en los socioecosistemas de un territorio.

- Entender los procesos individuales en la fisiología, la subjetividad y los comportamientos (i. e. que muestran encarnaciones (embodiments) saludables y malsanas en los fenotipos, genotipos, psiquismo y espiritualidad individual y que nos permiten explicar, no describir apenas, también las encarnaciones en la vida de los ecosistemas de espacios del dominio particular e individual-familiar del metabolismo sociedad-naturaleza.

En el espacio social de una región se desarrollan procesos económicos, estructuras tecnológicas, dinámicas políticas y culturales, relaciones de clase, de género y etnoraciales, y dinamismos ecosistémicos. Todo aquello no constituye una constelación de factores, sino de procesos de distinta complejidad que se transforman histórica y concatenadamente, determinando así el desenvolvimiento de la salud. Ese movimiento no se lo puede entender desde la epidemiología y la salud pública hegemónicas de base cartesiana que trabajan con la lógica de los factores separados como entes que, en sí mismos, constituyen la base del conocimiento y la acción; mientras que, la determinación social los investiga y explica en su rica y profunda interdependencia y concatenación con los procesos generales y particulares de la reproducción de la sociedad.

La promoción y la prevención como procesos multidimensionales

Como hemos explicado antes, la promoción convencional actúa como si la vida fuera lineal. Pero la vida y la salud no son lineales sino multidimensionales. La salud se produce y se destruye simultáneamente en múltiples dimensiones. Reducir la promoción a una intervención enfocada exclusivamente en hechos personales es desconocer la realidad y su complejidad.

El pensamiento crítico reconoce que los procesos destructores y protectores de la vida y la salud son generados según el carácter específico de la reproducción social en los territorios en forma simultánea, dinámica y contradictoria. La figura 6 sintetiza y concatena estos procesos, mostrando con claridad cómo las fuerzas vitales coexisten con fuerzas destructoras, y cómo la promoción-prevención emancipadora debe intervenir sobre la relación entre ambas.

De ahí, desde la epidemiología crítica, hemos sostenido que una promoción efectiva de la salud consiste en fortalecer las dinámicas protectoras en las distintas dimensiones de ese espacio de acción, mientras que la prevención integral emancipadora consiste en contrarrestar los procesos destructivos.

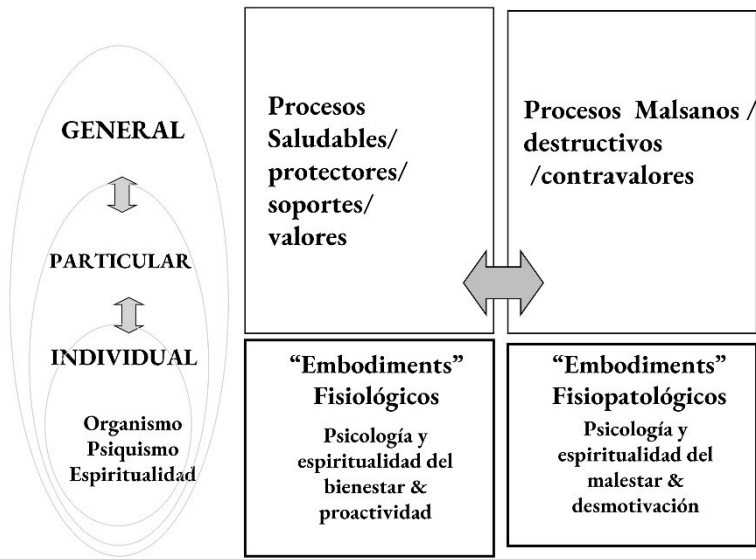


Figura 6. Procesos protectores y malsanos bajo subsunción y generando *embodiments*

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh J. 2023. *Epidemiología crítica e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial y Breilh J. 2021. *Epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press.

Promover salud es entonces intervenir ante dicha correlación de fuerzas dentro de un territorio: una vez desentrañados los procesos críticos que se dan en las dimensiones general, particular e individual, con sus respectivas condiciones del metabolismo ecosocial, podemos descubrir junto con dichos colectivos la líneas específicas de acción para fortalecer las formas de sustentabilidad, reciprocidades, autonomías, soberanías, ecosistemas y actividades sociales saludables; y, por otro lado, contrarrestar con sentido preventivo o de remediación las políticas generales o locales que generan deterioro de la salud, formas de extractivismo, precarización, y explotación laboral o inequidad, patrones de violencia y racismo, patrones de contaminación. Ningún programa o campaña de promoción pueden ser efectivas, pertinentes y suficientes si no se entiende el desafío como un proceso socioecológico profundamente determinado.

Esta articulación está representada de forma sintética en la figura 6 que muestra la generatividad de la vida y de la salud a través de procesos destructores y protectores, que coexisten en un mismo espacio de reproducción social y territorio, que son generados por el movimiento de la reproducción social en sus diversas dimensiones.

Las cuatro 'S' de la vida saludable: un referente para orientar la transformación

En este punto cabe comenzar planteándonos dos preguntas claves que debemos contestar antes de escoger una vía de análisis sobre la realidad desde la cual luchamos por una promoción emancipadora:

- Primera: ¿Cómo distinguimos en el campo de la salud, una propuesta funcional al poder de otra que implique una reforma real y beneficios consistentes para nuestros pueblos?
- Segunda: ¿Cuál es el *criterio de referencia o estándar de evaluación* que nos permite establecer científicamente si en un territorio específico, estamos logrando una reforma en salud efectiva, es decir que contribuye a subvertir sustancialmente las condiciones de vida y salud?

La primera interrogación es un punto de partida para esclarecer el problema. Para responderla debemos saber que los gestores del sistema de salud hegemónico, cuando estudian la condición de salud en un espacio social o territorio, lo que hacen es aplicar un sistema de análisis funcionalista, o vale decir en el mejor de los casos políticamente reformista. Para tal efecto utilizan alguna variante de un modelo de evaluación cartesiano, levantando información de un determinado conjunto de variables que interesan al poder. Esa lógica y ese conjunto de variables, por precioso que sea el modelo formal matemático, no representa la realidad, sino los conocimientos e información funcionales a los intereses económicos, políticos o culturales en juego.

Atendamos ahora la segunda interrogación para explicar mejor la trampa del reformismo. Quienes acompañan en este punto nuestro razonamiento, se estarán preguntando, luego de comprender la respuesta a la primera interrogante: ¿Entonces cómo sabemos si estamos con ese tipo de acción, gestión o investigación *reformista* en salud realmente y cómo la sustituimos por una que implica un proceso de *reforma profunda* frente al problema?

Nosotros al trabajar por una epidemiología crítica respondimos dicha pregunta rescatando un aporte esencial que lo desarrolló Bolívar Echeverría – querido maestro y amigo que fuera sin duda uno de los más importantes filósofos del Sur de América– en su ensayo sobre “La izquierda: reforma o revolución”.⁷⁸

La tesis central que dejó trazada Bolívar consiste en que, para estudiar la naturaleza funcional o emancipadora de un cambio o transición histórica en cualquier escenario, debemos distinguir dos movimientos interdependientes, dos salidas posibles: el cambio de las *formas* sociales y el cambio de la *sustancia* social. El *reformismo* es el cambio de las formas sociales sin que se modifique la *sustancia* de dicha sociedad. Mientras que, la *reforma profunda* implica la construcción de formas alternativas, que compiten abiertamente con la sustancia que se requiere superar. Solo de ese modo, según él, se produce una *subversión de la sustancia* (no remozamiento).

Armados de esta lógica esclarecedora realicemos ahora un somero ejercicio lógico político, aplicado a la realidad en este primer cuarto del siglo XXI. De modo general, se han reunido en América Latina suficientes evidencias que corroboran cuál es la sustancia actual del capitalismo 4.0 en nuestras sociedades. Se trata de un modelo histórico de acumulación privada exponencial, por parte de una minúscula clase propietaria –que algunos caracterizan como una élite cuasifeudal tecnocrática–, agresivo extractivismo convencional y cibernético.

Se ha tornado tan grande el poder de acumulación de esos dueños de gigantes plataformas de extracción cibernética, que están trabajando para arrasar con las bases de la democracia representativa capitalista, para lo cual pugna por derribar de facto la soberanía de los Estados y conformar una soberanía casi feudal en una especie de Estado global único.⁷⁹ Hemos comentado antes en este ensayo las consecuencias en salud de esta monstruosa regresión de democracia, derechos y ética, que está generando la convergencia de megaprocesos destructivos en las tres matrices en que se asienta el presente y futuro de la salud y la vida en la humanidad: el hiperneoliberalismo necropolítico como matriz social histórica; el capitaloceno como matriz ecosistémica; y la globalización sindemopandémica como matriz epidemiológica.

Nos guste o no, esa es la realidad actual en que estamos pensando en una *promoción emancipadora*. Es por eso que, para no pecar de ingenuos, tenemos que pensar en esa revolución de los conceptos, racionalidades, lógica e

instrumentos necesarios para enfrentar este mayúsculo desafío de avanzar en dirección de una promoción emancipadora. Precisamente por eso también hemos sugerido aquí, a propósito, que es urgente en la realidad actual una transformación profunda del sujeto político, superando los moldes fracasados no solo de una derecha voraz y actualmente enseñoreada, sino también los de una izquierda, militante y aguerrida, pero en muchos aspectos inefectiva.

En ese escenario tenemos que preguntarnos también: ¿Que hace a unas ciencias y a una promoción de la salud tornarse emancipadoras? Tema que ya lo hemos perfilado en los subcapítulos anteriores, pero que cabe retomarlo aquí a propósito de la necesidad de redefinir los términos de una nueva utopía para la lucha en salud. Pero entonces: ¿Cuáles son los términos que debemos añadir a esta utopía y cuál la sustancia de una reforma profunda en salud y su promoción?

No es necesario repetir los argumentos que hemos planteado al cuestionar las ciencias funcionales que terminan siempre fragmentando el proceso complejo de la salud en un *set* arbitrario de variables que le funcionan bien a quienes defienden el modelo cartesiano de análisis.

Sustituir esa lógica que describe y calcula probabilidades sin abordar la sustancia del proceso en estudio. Eso nos lleva a contestar la segunda pregunta acerca de la sustancia que explica y no del factor que apenas describe.

Es respecto a esta disyuntiva que propusimos en años anteriores nuestra tesis de las *cuatro 'S' de la vida saludable*. Enfoque crítico que se estructura en torno a cuatro calidades de un espacio social o territorio y los seres humanos y no humanos que lo habitan (figura 7). Las cuatro 'S' –sustentabilidad, seguridad/bioseguridad, soberanía y solidaridad– como ejes para evaluar y orientar la transformación de un territorio hacia la vida.

Cada una de ellas corresponde a dimensiones esenciales de la biosfera, del buen vivir y la salud:⁸⁰

- *Sustentabilidad*: capacidad de reproducción presente y futura de la vida humana y natural (i. e. sujeto social y naturaleza).
- *Soberanía*: autonomía y libertad en la conducción de un sistema social y modo de vivir elegidos, control sobre los medios, la identidad y cultura, control del tiempo, del territorio y de los procesos productivos.

- *Solidaridad*: civilización equitativa, lógica protectora del bien común; organización popular orgánica en torno a los intereses estratégicos autodeterminados, validez y viabilidad de los derechos. Fraternidad psicológica solidaria y sentido espiritual de bienestar y unión. Relación profunda con. la naturaleza. Vínculos comunitarios, cuidado mutuo, reciprocidad, afectividad social.
- *Seguridad de la vida*: espacios y procesos saludables y protectores, formas saludables de encarnación condiciones materiales de protección, trabajo digno, vivienda, ambiente seguro.

El lector podrá consultar ejemplos de cómo hemos operacionalizado las cuatro 'S' como elemento de la metodología metacrítica tanto en el libro *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos*,⁸¹ cuánto en el opúsculo *Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas (Guía investigativa pedagógica, evaluación de las 4 «S» de la vida)*.⁸²

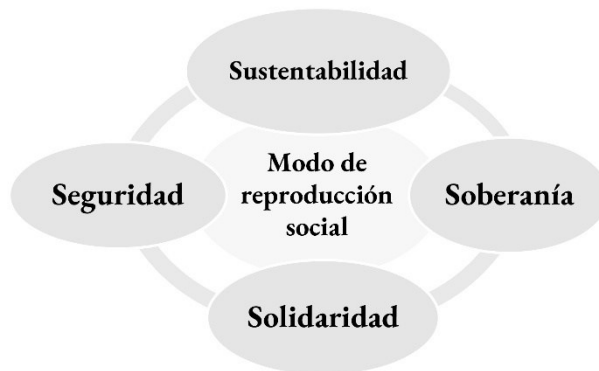


Figura 7. Las cuatro 'S' como referentes para organizar la investigación en salud, prevención y promoción y evaluar la efectividad de los programas

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2019). *Ciência crítica sobre impactos na saúde coletiva e ecossistemas (Guia pedagógico de investigação, avaliação dos 4 «S» da vida)*. (1ª ed.). Andina EcoSaludable, UASB-E.

Intersubjetividad creativa: los saberes comunitarios ancestrales y el pensamiento académico

La ciencia hegemónica, configurada bajo el paradigma cartesiano y consolidada a través del control institucional del conocimiento, ha ejercido históricamente una fuerza de exclusión sobre los saberes ancestrales y comunitarios. Esta exclusión no es accidental: responde a un proceso de colonización epistémica que, como vimos antes, convirtió a la racionalidad occidental en criterio universal de verdad, relegando a segundo plano –o declarando como inexistentes– las formas de conocimiento producidas por los pueblos originarios, afrodescendientes, trabajadores y campesinos. Tal como lo hemos advertido,⁸³ esta hegemonía cognitiva forma parte del andamiaje político que garantiza la reproducción del capitalismo extractivista y la subordinación de la naturaleza a la lógica del mercado.

Los saberes ancestrales campesinos, por ejemplo, se caracterizan por una comprensión ecosófica, espiritual y territorial de la vida. A diferencia de la ciencia de la modernidad occidental, que opera mediante la separación analítica de partes, estos saberes se construyen desde una episteme holística, basada en la observación profunda de los ciclos vitales, las transformaciones ecológicas, la reciprocidad social y la continuidad entre humanidad y naturaleza. Dichos conocimientos campesinos no son remanentes de su pasado comunitario, sino sistemas sofisticados que han seguido desarrollándose según se acumulan sus experiencias, conservándose a la par los conocimientos centenarios de sus mayores.

Sin embargo, el pensamiento académico dominante ha tendido a clasificarlos despreciativamente como “saberes empíricos” o “creencias tradicionales”, subestimando su complejidad teórica, su potencia explicativa y su consistencia ética. Este relegamiento fue históricamente una expresión de etnocentrismo cultural que terminó conformando un proceso de epistemicidio,⁸⁴ y la anulación sistemática de modos de conocer que no caben en la matriz cartesiana eurocéntrica en los intereses del poder. En el campo de la salud, por ejemplo, esta marginación ha llevado a ignorar prácticas comunitarias de cuidado, formas de organización territorial y visiones de bienestar que podrían enriquecer profundamente los enfoques contemporáneos de promoción y prevención.⁸⁵

No obstante, en el polo democrático del pensamiento, la relación entre conocimiento académico y saberes comunitarios no es antagónica, ni peor mutuamente excluyente. Existen experiencias de diálogo intercultural en las que ambos sistemas de conocimiento se compenetrán para construir interpretaciones más amplias y herramientas más potentes de transformación social. En esta dirección, no solo hemos argumentado que este diálogo no puede ser una simple superposición de perspectivas,⁸⁶ sino una interacción crítica que reconozca la historicidad del poder, la desigualdad y el colonialismo, y que permita a las comunidades participar de manera soberana en la producción de conocimiento; y más aún, hemos planteado en nuestra metodología metacrítica el caso consistente del vínculo entre nuestras tesis alrededor del modo de vivir saludable y los aportes de la ecosofía ancestral andina.⁸⁷

El pensamiento ancestral aporta elementos epistemológicos fundamentales para la construcción de una ciencia orientada al bien vivir. Entre ellos podemos destacar:

- la comprensión del territorio como totalidad viva;
- la inseparabilidad entre naturaleza y cultura;
- la centralidad de la espiritualidad como dimensión constitutiva de la vida;
- la reciprocidad y complementariedad como principios organizadores;
- la memoria histórica como fuente de aprendizaje;
- la comunidad como sujeto del conocimiento y no como objeto de estudio.

Estos elementos, lejos de contradecir o mucho menos reblandecer la rigurosidad de la ciencia crítica contemporánea, la fortalecen. La metacrítica de este modo da vida a esa anhelada pluralidad epistémica como vía para romper con la monocultura de la razón única y reduccionista que limita la capacidad de comprender en los temas que más nos importa para la promoción de la salud la potencialidad plena de una interculturalidad que se materializa en un conocimiento mejor. De allí surge la necesidad de una interculturalidad radical o “interculturalidad epistémica”: una práctica de coproducción de

conocimiento en la cual los pueblos no son únicamente fuentes de datos o de tradición, sino actores que interpretan, disputan y transforman los procesos que afectan su vida.

Superar la distancia entre saberes ancestrales y pensamiento académico implica desmontar las jerarquías epistémicas que asignan valor desigual a las formas de conocer. En lugar de considerar los saberes comunitarios como insumos secundarios para la investigación, es necesario reconocerlos como fundamentos conceptuales y metodológicos para una ciencia comprometida con la vida, la justicia y la transformación social. Solo así será posible avanzar hacia modelos integrales de salud que respondan a las necesidades reales de los pueblos y que promuevan la sustentabilidad del planeta.

La metacrítica como lógica transformadora e intercultural: metodología para el pensamiento alternativo y algunas de sus herramientas de campo

Para comprender la ciencia crítica de la salud y los correspondientes cambios metodológicos que proponemos, recordemos qué significa el “pienso luego existo” cartesiano que ya explicamos. Dijimos que implica tres supuestos de veracidad que no solo delimitan el pensar, sino consecuentemente la metodología. Primero, la primacía de una *racionalidad ahistórica*. Si para la ciencia cartesiana la realidad y los conceptos derivados son ahistóricos (i. e. son partículas o factores de esencia inmutable), nosotros tenemos que mirarlos y estudiarlos como procesos. Segundo, si para la ciencia cartesiana lo individual es autónomo y el conocimiento se construye básicamente investigando series representativas de individuos y combinando sus datos y narrativas, nuestra metodología en las ciencias de la vida y las ciencias sociales aplicadas a la salud tiene que estudiar las relaciones sociales que determina: las características de lo individual. Y, tercer lugar, si la duda e interrogación permanente que mueve la ciencia cartesiana se restringe al perfeccionamiento de principios y una metodología “eternos”, nosotros para trabajar el avance conceptual, metodológico y de los instrumentos, tenemos que replantar los instrumentos o al menos el modo cartesiano de usarlos para ser congruentes con esa historicidad permanente de la realidad y, por tanto, de la ciencia.

La metodología metacrítica tiene como eje interpretativo y de operacionalización la determinación social, porque este paradigma ofrece los elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales que se requieren.

En oposición a la lógica de la fragmentación, el reduccionismo y la separación analítica entre dimensiones de la realidad, la metacrítica propone un modo de conocer basado en la concatenación dialéctica de los procesos, la integralidad y la comprensión profunda de la determinación social de las condiciones de salud. Esta metodología tiene por finalidad restituir la totalidad compleja de la vida mediante un método que permita leer el mundo en su historicidad, sus contradicciones y su multidimensionalidad. La metacrítica es la lógica natural y coherente de un pensamiento crítico, alternativo y riguroso en salud como respuesta a las limitaciones epistémicas ya señaladas.

Por otra parte, ofrece un conjunto categorial e instrumental estudiar la mediación de los modos de vivir y los correspondientes *patrones típicos de exposición y vulnerabilidad* de las distintas clases y fracciones de una sociedad. Son recurso desarrollados en muchos años de investigación y lucha con comunidades urbanas y rurales en diversos contextos.

Como se podrá comprender estos movimientos devienen también en un cambio del diseño de los proyectos, nuevas técnicas y herramientas de investigación. Vamos a explicar a continuación como nosotros vemos esas rupturas.

El triángulo de conocimiento-acción metacrítico: participación real e investigación intersubjetiva

La producción metacrítica del conocimiento científico en la salud colectiva no puede llevarse a cabo sin una triple transformación metodológica que se explica mejor con la figura de un *triángulo del conocimiento acción* (figura 8).

El triángulo representa tres distintos e interdependientes modos de interpretar las fuentes y la lógica de un conocimiento verdaderamente intercultural; tres dimensiones de una relación intercultural epistemológica, metodológica y prácticamente productiva; tres, los modos de relacionarse con los sujetos y territorios que conforman el objeto de estudio. A diferencia de la ciencia convencional –que en el mejor de los casos extrae información de las comunidades para procesarla en espacios académicos ajenos a su realidad– la metacrítica concibe la investigación como un proceso participativo, intersubjetivo y cocreado, en el que las comunidades no son fuentes de datos sino actores epistémicos indispensables.⁸⁸

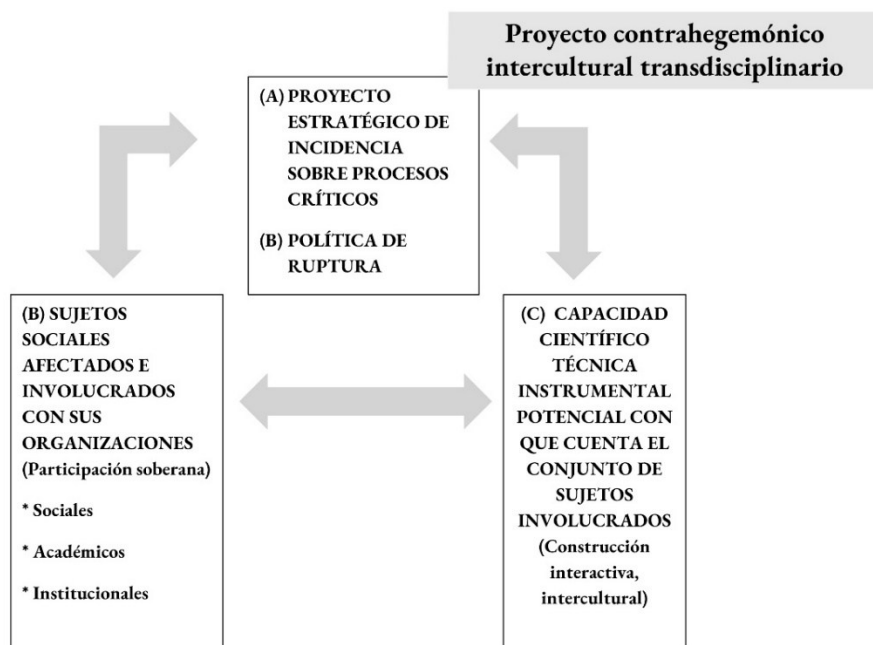


Figura 8. Triángulo del conocimiento participativo en la metodología metacrítica

Fuente: Elaboración propia, basado en Matus C. (1987). *Adiós, señor presidente*. Pomaire.

Esta perspectiva metodológica reconoce que en los territorios sus pueblos poseen saberes históricos, ecológicos y culturales que enriquecen la comprensión de los procesos vivos y que son invisibilizados por el paradigma cartesiano. La participación, por tanto, no es una técnica complementaria, sino el eje que garantiza la validez ética y epistemológica del conocimiento. Como he señalado,⁸⁹ la metacrítica requiere un diálogo de saberes que reordena la mirada, obliga a abandonar la pretensión de neutralidad y permite construir interpretaciones más profundas de los procesos.

La participación transforma la investigación en un espacio de deliberación colectiva, donde los sujetos sociales contribuyen a la definición del problema, la identificación de procesos críticos, la formulación de hipótesis y la valoración de alternativas. De esta forma, se supera el extractivismo epistémico y se fortalece una ciencia orientada a la defensa de la vida, articulando la reflexión crítica con la praxis transformadora. El resultado es una producción de conocimiento que no solo describe el mundo, sino que ayuda a cambiarlo,

integrando saberes académicos y comunitarios en un marco intercultural y emancipador.

Sobre la base de dichos enunciados, se comprende que, en el polo académico de esa dialéctica, es imprescindible la transdisciplinaridad para superar los enfoques sesgados e incompletos de la hiper especialidad cartesiana (ver figura 9).

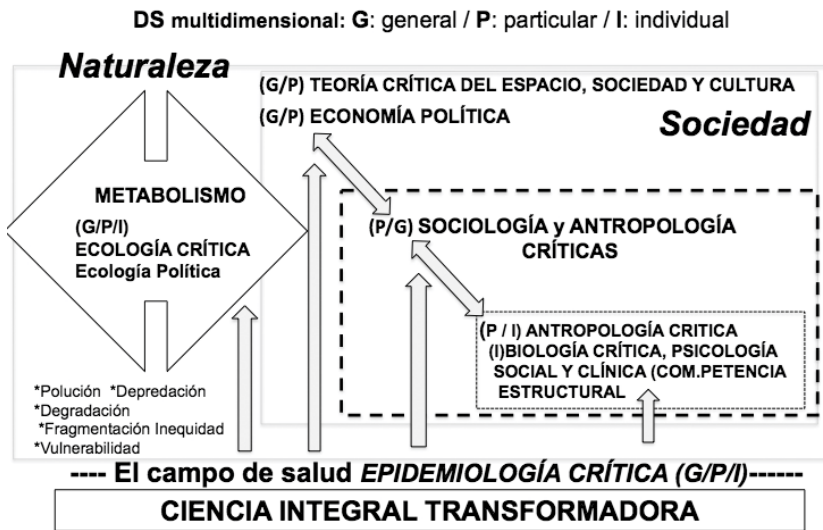


Figura 9. Transdisciplinaridad en el conocimiento de la complejidad (campos disciplinares)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2015b). Epidemiología crítica latinoamericana. En *Tras las huellas de la determinación salud* (pp. 19-75). Universidad Nacional de Colombia.

La matriz de procesos críticos: una herramienta para pensar y transformar la salud en un espacio social (territorio)

La matriz de procesos críticos (MPC) es una herramienta para repensar la metodología de investigación (evaluación), seguimiento y comparación de la salubridad de un territorio dados un sistema productivo-social, tipos de producción, modos de vida y ecosistemas relacionados por un metabolismo dinámico y para repensar las acciones en salud.⁹⁰ Desde el punto de vista lógico es una guía para la interpretación del movimiento de determinación social de

la salud en un territorio (integración metacrítica, fundamentos e instrumentos).

La matriz incorpora los elementos esenciales que se trabajan en el *triángulo de acción*:

- *Objeto de transformación*: definición de procesos críticos de transformación en un territorio concreto.
- *Sujetos/as*: proyecto fruto de la teorización sobre el espacio (territorio); los sujetos vinculados; y una teoría social de la acción participativa.
- *Modelo de acción*: fundado en evidencias, territorializado, basado en las colectividades e instrumentalizado.

La matriz se estructura en la confluencia de dos determinaciones fundamentales. Por una parte, los presupuestos o *referentes fundamentales de una vida saludable* en cualquier territorio; estas se representan por las cuatro dimensiones de la primera entrada de la matriz: *sustentabilidad* (SUS); *soberanía* (SOB); *solidaridad* (SOL) y *seguridad* (SEG) de la vida.

La segunda gran entrada de la matriz está dada por las *dimensiones de la reproducción social* en el territorio –que ya se han explicado antes–:

- La *dimensión general* de la reproducción social que engloba los procesos críticos de acumulación económica, sistemas de producción; relaciones generales de poder y procesos políticos y culturales que participan en la determinación social de las actividades productivo-metabólicas del territorio.
- La *dimensión particular* de la reproducción social que ocurre en espacios históricamente diferenciados en dicho territorio, en cada uno de los cuales se encuentra una composición social específica, según las clases sociales –cruzadas por relaciones de género y etnoraciales específicas–. En estos espacios sociales diferenciados se dan procesos igualmente diferenciados de reproducción social, modos de vivir y relaciones de poder de las clases sociales existentes, con sus específicos escenarios ecosociometabólicos, y sujeto a todo lo anterior, se presentan específicos *patrones de exposición* a los procesos destructivos, como a la determinación favorable de proceso

protectores o saludables; se encuentran también *patrones de vulnerabilidad* colectiva a procesos destructivos o malsanos.

- La *dimensión individual-familiar* de aquellas personas que conforman las clases o grupos típicos distintos en cada espacio particular, con sus procesos corporales, encarnaciones típicas en sus cuerpos –en sus genotipos y fenotipos–, en su psiquismo y formas de espiritualidad.

Al cruzar esos dos tipos de entradas (las cuatro condiciones fundamentales de la vida) y las tres entradas de las dimensiones de la reproducción social resulta que se forman doce (i. e. 4x3) nodos de análisis principales que luego en el análisis pueden merecer una subdivisión mayor.

Cada uno de esos doce cruces constituyen un *nodo analítico* que se explicará luego (ver figura 10).

Constituye uno de los instrumentos centrales de la metodología metacrítica, ya que permite organizar de manera coherente la lectura multidimensional de la vida y del territorio. Opera como una guía analítica para identificar simultáneamente los procesos estructurales generales, procesos particulares que configuran modos típicos de vivir, trabajar, producir alimentos y cuidar la salud y procesos y estilos de vida singulares. Su finalidad es ofrecer una arquitectura lógica para observar la complejidad, evitando tanto la desconexión descriptiva, como la reducción lineal típica del pensamiento cartesiano (ver figura 11).⁹¹

La MPC facilita distinguir los procesos protectores de la vida y aquellos que generan daño o destrucción, articulándolos en un marco que permite comprender su interacción y orientar intervenciones transformadoras. En este sentido, no es una herramienta meramente diagnóstica: es un dispositivo epistemológico que permite pensar críticamente la realidad y proyectar alternativas emancipadoras. Su construcción siempre requiere diálogo de saberes, participación comunitaria y análisis contextual del territorio.

La matriz sintetiza la visión dialéctica de la realidad y orienta el análisis hacia la comprensión de patrones profundos, permitiendo visibilizar las contradicciones socioambientales y las posibilidades de transformación. En el contexto de la agroecología, la salud colectiva y el bien vivir, constituye un instrumento fundamental para leer y reconstruir los territorios como espacios de vida, y no como meros escenarios productivos.

G			P			I		
Reproducción social, determinación y encarnaciones generales (salud y metabolismo)			Reproducción social, determinación y encarnaciones en modos de vida y espacios particulares			Reproducción social, determinación y encarnaciones en estilos de vida y espacios individuales		

MATRIZ DE PROCESOS CRÍTICOS: ESTRUCTURA BÁSICA									
DIMENSIONES DE LA REPRODUCCIÓN SOCIAL									
Sustancias de la vida		G		P		I			
Sustentabilidad									
Soberanía									
Solidaridad									
Seguridad									
Dominios de determinación	Vida productiva y trabajo	Modos de consumo	Vida de organización, soportes (relaciones políticas)	Vida cultural, y construcción de identidades	Espacio social y el metabolismo	Vida productiva y trabajo	Modos de consumo	Vida de organización, soportes (relaciones políticas)	Vida cultural, y construcción de identidades

Figura 10. Matriz de procesos críticos

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2017a). *Matriz de procesos críticos: fundamentos teóricos explicativos*. Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos; Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial; Breilh, J. (2021a). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press; y Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar.

Saludables, protectores, seguros, esperanzados		Malsanos, destructivos, inseguros, desesperanzados
Sustentabilidad: vitalidad plena, durable, no amenazada		
<i>Ecosistémica</i>	Vitalidad- Biodiversidad, Productividad	Degradación, Homogenización, Improductividad
<i>Ser social</i>	Proactividad, Resiliencia, Energía Colectiva, Fortaleza, Energía, Suficiencia	Pasividad, vulnerabilidad, intrascendencia, Atonía, pasividad, fugacidad
Solidaridad: Organicidad, equidad, compañerismo, humildad militante		
Justicia, distribución, no privatización de escala Empoderamiento democrático, no discriminación, imparcialidad política y cultural, Humildad consciente, empoderada Interculturalidad, comunicación democrática, Integral, justa, veraz, Unión, Ética, Ethos de la vida.		Injusticia, concentración de la riqueza, y recursos, Autoritarismo, distribución inequitativa, parcialidad social, Arrogancia social, unculturalidad, Comunicación del poder, sesgada, Segregación, Discriminación, Inmoralidad, Amoralidad, Ethos de codicia
Seguridad Integral de la vida: Modos, estilos de vida y espacios metabólicos seguros- esperanzados, Encarnaciones Geno - Fenotípicas, psicológicas y espirituales		
Modos de vida saludables, soberanos, solidarios, Equitativos, protegidos Investigación permanente o periódica, monitoreo Regulación, Disfrute real de garantías Encarnaciones saludables Cultura soberana Sistemas de información y redes democráticas activas, participativas Plenamente informadas y en estrecha colaboración con la ciencia		Modos de vida malsanos, destructivos Dependientes, inequitativos, individualistas Indefensión y desprotección social e institucional Información científica débil, carente o ignorancia planificada, Desprotección institucional Encarnaciones fisiopatológicas, trastornos de la energía vital, Ausencia, obsolescencia, falta de oportunidad en los recursos comunicacionales

Figura 11. Procesos críticos saludables y malsanos según las cuatro ‘S’

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2017a). *Matriz de procesos críticos: fundamentos teóricos explicativos*. Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos; Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial; Breilh, J. (2021a). *Critical epidemiology and the people’s health*. Oxford University Press; y Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar.

Procesos críticos y nodos analíticos

Un *proceso crítico* es un movimiento de transformación multidimensional determinado socialmente que genera en un espacio social específico (territorio) encarnaciones concretas en la salud humana –colectiva e individual– y en los ecosistemas colectivos e individuales.

Como se ha indicado previamente, dichas encarnaciones se generan de acuerdo con la distribución de clases y relaciones de género y etnoraciales. Un proceso crítico se extiende a través de las dimensiones general (G), particular (P) e individual (I), articulándose con las encarnaciones metabólicas de cada espacio-dimensión, generando consecuencias protectoras –saludables– o destructivas –malsanas–, según el contexto histórico territorial.

A través de un complejo proceso de subsunción, las transformaciones generales, particulares e individuales afectan positiva o negativamente a comunidades concretas. Por tanto, las organizaciones sociales, étnicas y de género, más el sector de la salud pública, el sistema de salud y quienes laboran en la salud colectiva, pueden responder, ya sea para mejorar o promover lo positivo o contrarrestar para prevenir o reparar lo negativo. Pero, por supuesto, este movimiento de determinación social y de encarnaciones concretas necesita ser explicado antes de implementar acciones de prevención, precaución y promoción de la salud bien informadas, justas e interculturales.⁹²

Se denomina *proceso crítico* porque representa la esencia transformadora de la reproducción social en cada dimensión en que deviene la determinación social, sea en bien de las comunidades, sus integrantes y ecosistemas o en su detrimento y destrucción, dependiendo del momento y espacio respectivo. A través de un complejo proceso de subsunción las transformaciones van generándose desde lo general, pasando por lo particular y llegando a lo individual, pero no lineal y mecánicamente, sino en un sinuoso proceso de mejoras y daños, de avances y retrocesos que se imbrican dialécticamente y que dependen del movimiento socio epidemiológico que se genera. En el tercer capítulo de *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos* que puede obtenerse por descarga gratuita está ampliamente ilustrado este movimiento.⁹³

Es decir, los procesos críticos se despliegan en configuraciones complejas donde interactúan fuerzas protectoras de la vida –como la solidaridad comunitaria, la producción ecológica, la soberanía alimentaria, las formas de trabajo y consumo saludables– que chocan dialécticamente con los procesos

destructivos –como los extractivistas y contaminantes con patrones laborales peligrosos, patrones de consumo alienantes y nocivos, la desigualdad, la mercantilización del cuerpo y la naturaleza–. Estas configuraciones permiten identificar tanto la reproducción del daño como los espacios de resistencia y creación alternativos. Por ello, la noción de proceso crítico es simultáneamente analítica y política.

Por tanto, las organizaciones sociales, étnicas y de género, más el sector de la salud pública y quienes laboran en la salud colectiva, pueden responder, ya sea para mejorar o promover lo positivo o contrarrestar para prevenir o reparar lo negativo. Pero, por supuesto, este movimiento de determinación social y de encarnaciones concretas necesita ser explicado antes de implementar acciones de prevención, precaución y promoción de la salud bien informadas, justas e interculturales.

Los nodos analíticos: dialéctica en reposo para la integración de meta narrativas y meta inferencias

Ya explicamos que los *nodos analíticos* se conforman en los doce cruces de la matriz de procesos críticos. No encuentro mejor manera de explicar lo que son estos nodos que aplicar en paráfrasis la noción de *dialéctica en reposo* dada por Walter Benjamin al concepto de imagen.⁹⁴ Es decir, los nodos constituyen un “segmento” del movimiento de la determinación social detenido analíticamente para integrar las narrativas (metanarrativa) y los datos (*metainferencia*) con el fin de descifrar los atributos y las evidencias cuantitativas del movimiento de determinación en ese punto. Es decir, la metacrítica que proponemos transforma radicalmente las concepciones sobre el manejo e interpretación de lo cualitativo y lo cuantitativo en las ciencias de la vida. Una integración dialéctica de lo cuali y lo cuanti que no debe confundirse con la noción de métodos mixtos que plantean en un par de texto de unos de sus principales autores.⁹⁵ Es muy importante que en este punto no nos suceda lo que ha pasado con la confusión entre determinación y determinantes que hemos explicado ampliamente. En efecto es un error pensar que hablar de *métodos mixtos* sería lo mismo que referirnos a metodología *metacrítica*.

Los citados autores definen textualmente lo que denominan métodos mixtos indicando que son tanto una metodología cuanto un método. Hasta ahí no hay problema. Luego indican que son un método para recoger, analizar

y mezclar procedimientos cualitativos y cuantitativos en un mismo estudio. Hasta ahí incluso no hay mayor novedad, pues algo semejante plantearon Tashakkori & Teddlie hace tiempo en su importante ensayo que lo he comentado desde hace dos décadas en varios de mis trabajos.⁹⁶

La diferencia entre esas miradas y la metacrítica que nosotros planteamos consiste básicamente en que esos planteamientos implican, de facto, que se propone enlazar la lógica cualitativa y la cuantitativa, pero asumiendo las dos en su forma cartesiana. No analizan el hecho epistemológicamente fundamental de que en el manejo cualitativo convencional muy, ligado a cierta corriente de la antropología y la etnografía cartesianas, que asumen las narrativas en la línea de la fenomenología y asumen acríticamente también el manejo de los datos en la línea clásica de la estadística cartesiana. Entonces, la positiva idea de enlazar lo cuali y lo cuanti de ese modo, no supera los vicios interpretativos del cartesianismo.

Nuestra propuesta es totalmente distinta. Para nosotros, en el marco de los principios teórico-metodológicos de la historia dialéctica del pensamiento, y además, en el marco ético de la ciencia intercultural, sostenemos que hay que trabajar con el enlace de una metanarrativa (i. e. de lo cuali) y una metainferencia (i. e. de lo cuanti). Esa no es una simple ocurrencia, sino que responde a la necesidad objetiva de devolver a la ciencia la dialéctica de calidad y cantidad, que de un tajo desbancó en el pensamiento eurocéntrico el empirismo de Descartes, que fundó en su *cogito, ergo sum* los elementos teóricos que llevaron al engaño de que la medición fáctica es la condición fundamental de objetividad y rigor. Siglos más tarde, lamentablemente los tres principios del cartesianismo que hemos explicado antes pasaron también al razonamiento de la antropología y la etnografía cartesianas, pero no ya con datos sino con las narrativas, el modo de recogerlas y de analizarlas.

Los datos y relatos expresan, entonces, una encarnación o plasmación de dichas categorías con las que posicionamos un paradigma explicativo, por eso, los datos y narrativas son “teoría en acto”, no hay datos “puros”, de valor unívoco, ni narrativas poseedoras de sentido epistemológico intrínseco o propio. El prestigioso antropólogo Néstor García Canclini (1993) ha sido muy claro en esto último y en reclamar una etnografía crítica que inserte el método de colección y análisis en las relaciones sociales del entrevistado.⁹⁷

La narrativa científica convencional suele basarse en una lógica inductiva lineal: acumular descripciones, ordenar secuencias y estructurar explicaciones

mediante un relato neutro. Esta forma narrativa reduce la complejidad y despoja de historicidad a los fenómenos.

La metanarrativa no busca describir sino revelar, no acumula datos, sino que interpreta procesos. La metanarrativa permite comprender cómo los procesos críticos se expresan en cada territorio, cómo cambian, cómo se disputan, y cómo cada experiencia situada forma parte del movimiento más amplio de la sociedad y la naturaleza.

Para la metacrítica, las evidencias (variables) cuantitativas no miden la realidad: expresan cantidades significativas de procesos. Y estos procesos necesitan complementarse con narrativas, testimonios, saberes y memorias que posibilitan entender el sentido profundo de los datos. De allí que la articulación entre cuantitativo y narrativo sea fundamental para construir metainferencias robustas (figura 12).

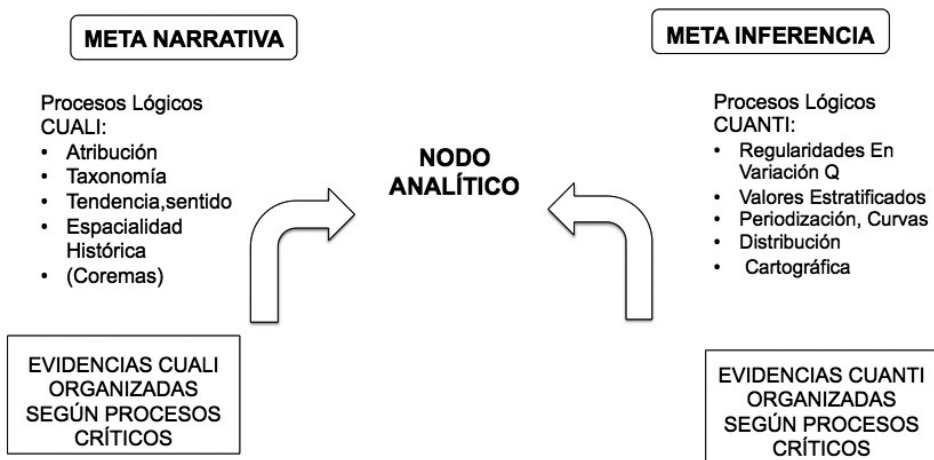


Figura 12. Método complejo dialéctico (metacrítica)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2021a). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press; Breilh, J. (2023). Social determination of health and the transformation of rights and ethics (Meta-critical methodology for responsible and repairing science). *Global Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2193830>; Breilh J. (2026, en prensa). Pensamiento científico y metodología crítica del bien vivir (Ciencia intercultural para una transición a la economía de la vida). En J. Breilh, J. Spiegel y M. J. Breilh. *Ciencia transformadora, metacrítica e intercultural (Agroecología y salud colectiva en defensa de la vida)* Universidad Andina Simón Bolívar–Universidad Nacional de Mar del Plata.

Los valores –numéricos y discursivos– se integran en una visión relacional en la que cada dato tiene un contexto, cada medida tiene una historia, y cada número tiene una memoria territorial.

Rompiendo la concepción cartesiana del espacio: la geografía como espacio socialmente determinado y parte de la determinación social de la salud

El espacio no es un contenedor neutro sino un proceso vivo, resultado del metabolismo sociedad-naturaleza. El enfoque metacrítico redefine el espacio como: dinámico, apuntala de las relaciones sociales históricas; como espacio en disputa, conflictivo, producido por las prácticas sociales y su metabolismo.⁹⁸

La condición del espacio como producido y productor deviene del hecho de que cada espacio tiene forma, función y estructura de acuerdo a la historia en que se ha desarrollado. Esto permite comprender la territorialización del daño y, al mismo tiempo, la territorialización de los procesos protectores y emancipadores.

La reproducción social implica relaciones sociales marcadas por la estructura de poder y en ese marco las cosas del espacio, como las llama Henry Lefebvre, encarna, sostiene y apuntalan las relaciones dominantes que emanan del balance de poder. El *espacio social* general por esa lógica se divide en *espacio geográfico*: formas, funciones, estructura de localización, movilidad y comunicación; *espacio cultural político*: formas, funciones y estructura de procesos de identidad, memoria y símbolos; *espacio ecológico*: formas, funciones y estructura de procesos de artificialización producidos en el metabolismo.

El espacio en la determinación y la determinación cibernética de la salud (“la quinta subsunción de la vida”). Otro mayúsculo desafío para la promoción emancipadora

Una reflexión sobre la promoción emancipadora de la salud en el siglo XXI no sería completa ni efectiva sin contemplar la determinación social cibernética de la vida y la salud.

Dediqué una sección importante del tercer capítulo de mi libro *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos* a explicar el enorme peso que ejerce sobre la determinación social de la salud, la vida de nuestro pueblo y nuestra propia vida el espacio cibernético (figura 13).

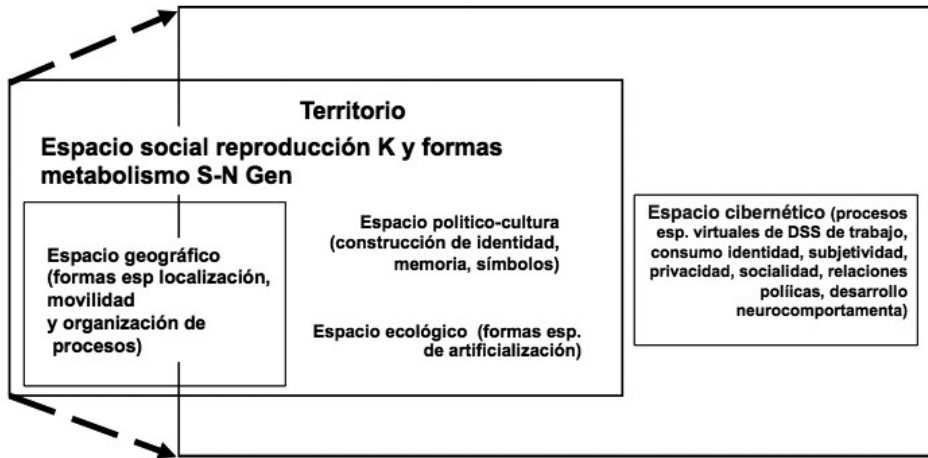


Figura 13. Espacio cibernético en la determinación social del poder y la salud

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2015a). Epidemiología del Siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 4 (18), 965-975.

Aquellos procesos que marcaron a vida y salud en el siglo anterior, tales como le extractivismo, la explotación de la fuerza laboral, el colonialismo, las injusticias de género, etnoraciales, la explotación de las mures y niños, en fin, todos los procesos destructivos que marcaron la salud se han expandido y acelerado en la era del capitalismo hiperneoliberal y su civilización 4.0. Obviamente el motivo es que se consolidó el *espacio cibernético* donde la aceleración, la instantaneidad, la globalización, el anonimato, y, sobre todo el volumen monstruoso de involucrados y afectados hacen que desde el punto de vista de la salud y de la epidemiología crítica el espacio cibernético cobre enorme importancia.

Por ese motivo el año 2014 presenté al *V Congreso Internacional de Geografía y Salud* y propuse luego al *IX Congreso Brasileño de Epidemiología* la *determinación cibernética de la salud*,⁹⁹ la urgencia de poner mucha atención a las aceleradas transformaciones de la estructura de poder y consecuencias negativas, retrocesos de la democracia y de la propia salud que se producirían como consecuencia de la eclosión tecnológica en el capitalismo 4.0. Los que trabajamos en salud, somos tecnológicos, usuarios intensivos de recursos cibernéticos saludamos todas las ricas posibilidades de la llamada salud digital,

pero no podemos dejar de preocuparnos por esa actual determinación cibernética de la salud.

Hoy ese proceso avanzó, se expandió globalmente y surgió con una enorme fuerza lo que desde ese primer momento califique como la quinta subsunción de la vida y la salud que traería un alud de problemas de salud.¹⁰⁰

Hacia una pedagogía crítica de la promoción

La gobernanza tecnocrática del pensamiento y la promoción

Los modelos de todo tipo que se conciben y aplican en el sistema de salud y en la sociedad, incluidos los de prevención y promoción, guardan un estrecho vínculo no solamente con los paradigmas científicos en que se fundamentan, sino con los patrones culturales de la época, y fundamentalmente con las relaciones sociales de poder que se han impuesto en la sociedad. Existe, en definitiva, una profunda relación entre los modos de pensar y de actuar incluso en campos técnicos, aparentemente independientes, como el de la promoción de la salud, con los condicionamientos que se imponen desde el poder en una sociedad. Dicho en términos sociopolíticos los intereses del poder terminan convertidos en políticas, normas y protocolos que llevan un “sello de clase”. Un tipo de gobernanza que restringe o distorsiona las construcciones científico-técnicas que se proponen desde la sociedad y sus organizaciones (figura 14).

Esa realidad histórica nos indica que la decisión de trabajar por una promoción emancipadora deberá labrar su entrada y legitimidad, primero demostrando los errores e inconsistencias, aspectos caducos e inconvenientes de la administración, pero además mostrando la superioridad y la efectividad real de lo que proponemos.

En esa realidad adversa las instituciones terminan imponiendo subrepticia o abiertamente modos de pensar, investigar sobre la salud y su promoción, que se encuadran en el paradigma empírico lineal, cartesiano. Aunque ineficaz, esa línea reproduce la ficción de una eficiencia imaginada –estrictamente pragmática– que se viabiliza en instituciones en que se borra del imaginario, todo intento de probar propuestas emancipadoras.¹⁰¹ Por eso, tenemos que formar a nuestros cuadros académicos y técnicos con solvencia para que sepan distinguir lo funcional de lo transformador y tengan la capacidad de

comprender el potencial de nuevas formas de conocer y actuar que ha desarrollado el pensamiento crítico latinoamericano.

Tradiciones y escuelas científicas que se desarrollan en el marco de relaciones sociales, de poder y culturales

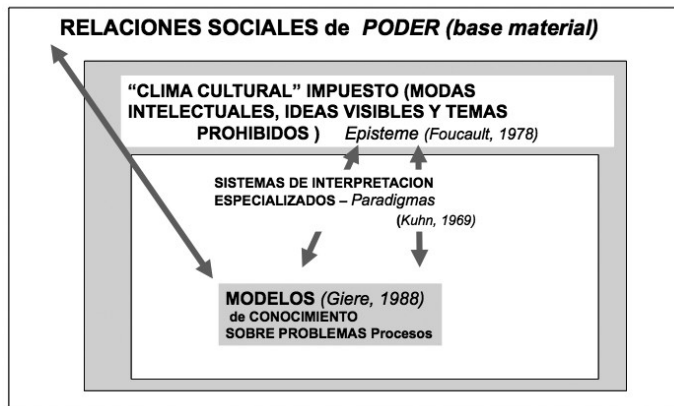


Figura 14. Relación del conocimiento con el poder y la cultura

Fuente: Elaboración propia, a partir de Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial.

Es por eso que cuando buscamos transformar un campo de acción –en este caso, la promoción de la salud– debemos aprender a detectar y descifrar los mecanismos de distorsión y control que sostienen el sistema vigente y la lógica que lo reproduce. Tenemos que estar claros que la investigación, la docencia y la gestión en salud son con frecuencia sometidas al escrutinio e imposición de “expertos” que el poder los reconoce como depositarios de un saber que se asume como legítimo. David Sackett expresó con notable claridad esta problemática en su célebre artículo sobre “Los pecados de la experticia”.¹⁰² En un lúcido *mea culpa* denuncia el modo en que los evaluadores con poder de decisión tienden a juzgar proyectos y programas, no por su mérito científico sino por su alineación con los valores dominantes.

Si este fuera un fenómeno aislado, su impacto sería limitado. Pero en el actual *capitalismo 4.0 hiperneoliberal*, estas prácticas de control del pensamiento forman parte de una *gobernanza académica regresiva* que somete la producción intelectual a una lógica tecnocrática. Un condicionamiento que se recrudece en esta época pues vivimos la *subsunción del pensamiento* en el espacio digital.¹⁰³ Nos vemos así expuestos a trabajar con los algoritmos y

plataformas que nos ofrecen o que el mercado multiplica, y que terminan disciplinando y modelando el conocimiento y su evaluación. Lamentable ejemplo de una gobernanza cibernética que está formando parte de una política internacional de hegemonía intelectual y control del pensamiento.

Luis Bonilla Molina ha ilustrado la manera en que este proceso de alienación genera un “síndrome del académico adicto” a un sistema educativo que pondera, clasifica y controla la actividad intelectual, hasta vaciarla de contenido emancipador, sometiendo la formación académica a una lógica empresarial de mercado, empleabilidad, y ganancia.¹⁰⁴ Estamos hablando, entonces, de una estrategia de control del trabajo universitario, el cual es evaluado mediante un acucioso sistema bibliométrico de publicaciones académicas recientes, evaluadas en sometimiento a los parámetros del poder. Forman parte de esa política una modalidad *ad hoc* de acreditación de los programas; la divulgación de rankings personales o institucionales alineados a los parámetros hegemónicos de pertinencia y calidad; y más recientemente, el enfoque funcional de la movilidad académica-estudiantil y los procesos internacionales hegemónicos de reconocimiento de estudios, títulos y formación.

La promoción funcionalista de la salud que termina así reducida a programas de una limitada modificación de conductas individuales, es hija directa de este sistema. No es una promoción real: *es una simulación*, un ornamento que soslaya el cuestionamiento de las estructuras que reproducen modos de vivir malsanos e incluso restringen o invisibilizan las potencialidades saludables que subyacen en la cultura popular.

Una promoción crítica emancipadora solo puede nacer de una *utopía concreta de transformación*. En el caso que aquí nos ocupa, se trata de formular con pensamiento independiente, las condiciones necesarias para la construcción de un mundo de la vida plena. Necesitamos promover relaciones y prácticas saludables, que construyan modos de vivir colectivos y estilos de vida familiares que abonen a la justicia y la dignidad como principios articuladores de proyecto histórico emancipador. Para lograrlo, requerimos liberar energías emancipadoras, que permanecen dormidas en la cotidianidad actual. Energías que, para el caso, pueden requieren de un nuevo y liberador modo de pensar en salud: el paradigma crítico de la determinación social de la salud –articulado en las *cuatro ‘S’ de la vida*– y el horizonte ecosófico del *sumak kawsay/ali kawsay* andino, Dos aproximaciones se complementan para recuperar la defensa de territorios vivos.

Sin esta doble matriz epistemológica –crítica e intercultural– la promoción corre el riesgo de convertirse en una técnica sin horizonte. Este capítulo busca contribuir a la transformación del campo, dotando a la promoción de una lógica profunda y mostrando que solo una nueva lectura objetiva y militante puede enrumbarlos hacia una praxis emancipadora.

Fundamentos para una pedagogía crítica de la promoción (mirada desde la pedagogía y la epidemiología latinoamericana)

La promoción crítica emancipadora no puede comprenderse como un conjunto de intervenciones técnicas o como un programa sectorial dentro del campo sanitario. Es, ante todo, una forma de leer y transformar la realidad social, ecológica, económica, digital y cultural en la que los pueblos viven, resisten y producen vida. Su objetivo no es modificar conductas, sino modificar procesos en un territorio, ampliando capacidades colectivas para proteger la vida.

Esta perspectiva reconoce que la salud no se produce solo y fundamentalmente en los servicios médicos, sino en los territorios donde convergen procesos históricos. Por eso, la promoción emancipadora exige comprender las tensiones entre procesos protectores y destructores, analizar las condiciones de vida y trabajo, interpretar la dinámica del metabolismo sociedad-naturaleza, y reconocer cómo la ciberdeterminación redefine los modos de habitar y enfermar.

Los enfoques tradicionales de promoción se han limitado a responsabilizar al individuo, olvidando que sus conductos y su cuerpo son expresión de procesos estructurales y que las biografías se tejen dentro de geografías desiguales. La epidemiología crítica propone una ruptura profunda con esta visión reduccionista, mostrando que la vida solo puede ser defendida si se actúa sobre los procesos que la condicionan, no solo sobre sus manifestaciones superficiales.

En este contexto, herramientas de la salud colectiva y aquellas específicamente derivadas de la aplicación del paradigma de la determinación social de la salud son fundamentales: la matriz de procesos críticos, interculturalidad, el monitoreo crítico participativo aportan a la articulación de un pensamiento riguroso con acción transformadora. No se trata de una metodología y de herramientas externas al territorio, sino de formas de

construir conocimiento con las comunidades, reconociendo sus saberes, sus sistemas de cuidado y sus estrategias de resistencia.

Así, el proceso de promoción se convierte en una pedagogía social, en un ejercicio de concientización freireana, en una práctica política donde se aprende colectivamente a interpretar la realidad para transformarla. La promoción deja de ser un manual operativo y se convierte en movimiento, en praxis, en construcción histórica.

Si la promoción crítica es una práctica social y territorial, entonces requiere una pedagogía crítica tanto en los espacios académicos como en las colectividades que pueda formar sujetos capaces de sostenerla. No se puede promover salud emancipadora con una universidad colonizada por el productivismo, atrapada en la ignorancia planificada y sometida a la lógica bibliométrica del capitalismo académico.

En América Latina, ese pensamiento ha sido nutrido por dos vertientes profundamente entrelazadas: la pedagogía crítica latinoamericana –con figuras como Paulo Freire y Demerval Saviani– y la epidemiología crítica –desarrollada desde la medicina social latinoamericana hasta los enfoques contemporáneos de determinación social de la vida y la salud–. Ambas tradiciones han nacido en diálogo con luchas históricas contra las formas estructurales de opresión y colonialismo.

Paulo Freire situó la educación como práctica de libertad, afirmando que ningún proceso pedagógico es neutral porque toda acción educativa implica una concepción del ser humano, del mundo y de la transformación social.¹⁰⁵ Para Freire, enseñar es crear condiciones para que los oprimidos lean críticamente la realidad y la conviertan en objeto de acción transformadora. La promoción de la salud, si desea dejar atrás su reduccionismo conductual, debe asumir este legado: no se trata de transmitir mensajes ni inducir comportamientos deseados por políticas tutelares, sino de generar procesos en los que comunidades, organizaciones de base y sujetos colectivos comprendan críticamente los condicionantes sociales que afectan sus modos de vivir y su salud.

Por su parte, la pedagogía histórico-crítica de Saviani surge de la crítica estructural al sistema capitalista y aporta la idea de que toda práctica educativa forma parte de una práctica social emancipadora.¹⁰⁶ La educación no es un espacio externo a la lucha social, sino una expresión condensada de sus contradicciones. De allí surge su propuesta del método histórico-crítico, orientado a realizar una ruptura con el sentido común hegemónico mediante

un proceso que atraviesa: una práctica inicial, la problematización de la realidad, la apropiación de instrumentos críticos, la catarsis intelectual y una nueva práctica transformadora. Esta secuencia no es solo un método pedagógico; es también un modo de entender la promoción como praxis social, siempre tensionada entre la reproducción del orden dominante y su transformación.

En el campo de la salud, la epidemiología crítica ha consolidado un paradigma que dialoga estructuralmente con Freire y Saviani: la salud como un proceso histórico y multidimensional profundamente determinado por las relaciones de producción, la inequidad/desigualdades estructurales, la cultura, la organización territorial y las formas de poder. La promoción no puede reducirse a la modificación de factores individuales; debe abordar los procesos estructurales que moldean las condiciones de vida y los modos en que la sociedad produce salud o enfermedad.

Por ello, la convergencia entre pedagogía y epidemiología críticas constituye un fundamento imprescindible para una pedagogía crítica de la promoción. La educación popular de Freire ofrece el método dialógico; Saviani brinda el método histórico-crítico; y nosotros desde epidemiología crítica aportamos el paradigma de la determinación social con sus instrumentos que nos permiten una lectura crítica estructural de la salud y su promoción en el territorio, sobre la base de las relaciones sociales y las formas de poder. Integradas permiten comprender la promoción como un proceso pedagógico orientado a la formación de sujetos colectivos e individuales capaces de transformar su propia realidad.

Herramientas que ofrecen la pedagogía y la epidemiología críticas para el desarrollo de una pedagogía crítica de la promoción

Un proyecto de pedagogía crítica de la promoción debe articular herramientas provenientes de las dos grandes tradiciones latinoamericanas mencionadas. Algunas convergen de forma natural; otras requieren síntesis metódica. Pero juntas conforman el esqueleto de un enfoque de promoción emancipadora. Aquí exponemos un escueto listado de las principales.

Herramientas de la pedagogía crítica latinoamericana

a) El diálogo problematizador esperanzado (Freire)

El diálogo no es conversación espontánea, sino un proceso por el cual educadores y educandos comprenden juntos la realidad para transformarla. Este método permite que las comunidades identifiquen determinaciones estructurales que afectan su salud, superando la lógica de “estilos de vida” individualizados. En ese movimiento de pedagogía esperanzada procura una reflexión que pone en consideración la realidad de los sujetos sociales desposeídos, para plantearse unos procesos formativos que recreen espacios pedagógicos, que generen empoderamiento y transformación social, desde sus condiciones generales y modos de existencia, individual y colectivas, desde una totalidad crítica y la interfase salud colectiva - ciencias críticas.¹⁰⁷

b) La concienciación (pedagogía crítica/epidemiología crítica)

La promoción crítica no puede limitarse a informar; debe propiciar procesos de lectura crítica del mundo, revelando cómo la desigualdad, la explotación laboral, el extractivismo territorial, el racismo y el patriarcado configuran condiciones de vida malsanas.

c) La praxis como unidad teoría–acción (pedagogía crítica/epidemiología crítica)

La promoción crítica se sustenta en la praxis, no en la prescripción. Las transformaciones en salud se logran cuando el conocimiento se convierte en acción colectiva, organizada y consciente.

d) El método histórico-crítico¹⁰⁸ (Saviani, 2025)

Este método permite estructurar procesos de promoción en cinco momentos pedagógicos:

- Práctica social inicial: diagnóstico participativo de la realidad territorial.
- Problematicación: identificación de contradicciones que producen enfermedad.
- Instrumentalización crítica: apropiación de herramientas analíticas (sociales, epidemiológicas, ambientales).

- Catarsis: comprensión crítica y síntesis conceptual.
- Práctica social final: acciones organizadas de transformación.

En promoción, estos pasos articulan la formación de actores comunitarios capaces de comprender procesos complejos y disputar políticas públicas.

Herramientas de la epidemiología crítica

a) El paradigma teórico metodológico *de la determinación social de la vida y la salud*

Este paradigma permite superar la mirada fragmentaria, integrando la realidad compleja de dimensiones general, particular, individual con el movimiento del metabolismo sociedad-naturaleza en las dimensiones socioeconómicas, políticas, culturales y ecológicas, donde se estructuran los modos de vivir colectivos y estilos de vida individuales. Es la base para comprender por qué ciertas poblaciones enfrentan procesos protectores y malsanos específicos.

b) La *metodología metacrítica* en general con sus categorías (categorías indispensables para trabajar la complejidad de la salud --i. e. la reproducción social como movimiento; la determinación como proceso generativo de la salud; la inequidad de la distribución de condiciones de salud; la historicidad de la biológico; y la dimensión socionatural en el metabolismo S-N--)

c) La *matriz de procesos críticos* y el desarrollo de herramientas para la investigación, prevención promoción y planificación

Es una ruptura con las epistemologías lineales y con la lógica tecnocrática que naturaliza el sufrimiento social. Forma parte de una pedagogía crítica de la promoción porque enseña a leer la complejidad, reconocer la multicausalidad dialéctica y evitar la “ignorancia planificada”.

Un instrumento analítico para identificar procesos generativos de daño o bienestar en el territorio, permitiendo orientar la acción pedagógica y la promoción intersectorial de forma rigurosa. Y las cuatro ‘S’ de la vida como referente fundamental del buen vivir saludable. Un instrumento vital para planificar las acciones en un territorio entrecomo las de promoción.

Herramientas complementarias derivadas de la matriz: como el sistema de análisis de la inequidad/desigualdad INSOC; las pruebas para estudiar y evaluar el modo de vivir y la salud mental como el EPISTRES. El nuevo

protocolo para evaluar la bioética de los proyectos de investigación o de los programas de gestión BIOÉTICA-MPC.

La matriz es una herramienta para trabajar por la salud y su promoción desde un paradigma distinto que rompe el molde funcional porque permite:

- *Sintonizar con las necesidades reales de los pueblos*, y las consiguientes urgencias para la promoción, bajo condiciones de vida amenazadas por desigualdades históricas.
- *Demostrar que la promoción funcional no es promoción real sino figurada*, que solo una promoción crítica, emancipadora –i. e. penetrante, histórica, intercultural, territorial– puede promover una vida digna en territorios afectados por una inmisericorde explotación, una civilización que hunde sus raíces en el patriarcado y el racismo estructural. Debemos empezar explicándonos porque la salud y su promoción en el marco de los parámetros del poder, son vectores de dominación, o al menos constituyen una estéril ingenuidad.
- Articular la salud colectiva con la pedagogía crítica.

El monitoreo estratégico participativo basado en la matriz, por ejemplo, es una herramienta pedagógica y metodológica que permite a los sujetos sociales realizar seguimiento crítico y autónomo de los procesos que afectan su salud. No es una técnica de vigilancia, sino una forma de aprender colectivamente sobre el territorio y orientar acciones transformadoras.

Ofrecen un marco dialéctico para integrar lo estructural, lo colectivo y lo subjetivo, evitando reduccionismos e iluminando cómo las determinaciones estructurales se expresan en historias y cuerpos concretos.

La promoción como praxis pedagógica y la pedagogía como promoción

Integrar estas herramientas exige reconocer que la promoción es, ante todo, un proceso pedagógico y que la pedagogía crítica es un instrumento de la promoción. Una reversibilidad dialéctica que forma sujetos críticos, no consumidores de mensajes; comunidades organizadas, no poblaciones pasivas; actores capaces de disputar poder, no meros receptores de políticas, pero que esa acción pasa a constituir un proceso protector de la salud.

Los científicos latinoamericanos que por décadas hemos luchado para hacer visibles las estrategias de hegemonía a través de nuestras publicaciones y quehacer docente, hemos posicionado vital posicionar este debate en los escenarios donde se programan acciones para un mundo saludable como las de promoción. Sabemos perfectamente que la lucha por la salud y su promoción, quiéraselo o no, está atravesada por poderosos intereses económicos o políticos.

Una estrategia para enfrentar el dislocamiento o descarrilamiento de la ciencia y su ética es el examen crítico riguroso de los sistemas de formación profesional. En esa línea podemos aquí mencionar brevemente dos experiencias de considerable potencial.

Primero en Norteamérica, la tierra que vio nacer una radical educación médica flexneriana, se empieza hace pocos años a estudiar formalmente y en universidades de la elite biomédica, todo un conjunto de programas coherentes y estudios encaminados a desarrollar lo que sus proponentes han denominado “competencia estructural”. Metzl acuñó el término,¹⁰⁹ que luego fue descrito como un nuevo paradigma para la educación médica que redefine los encuentros clínicos para abordar estructuralmente los problemas sino para mira las desigualdades en salud y entenderlas a la luz de las condiciones sociales (Metzl & Hansen, 2014).¹¹⁰

En un primer momento –cabe confesarlo aquí– al haber trabajado con la lógica de partir más bien del movimiento más complejo de reproducción de la sociedad general y el territorio, para entender la salud de los colectivos y a la de los individuos, tuve dudas sobre la afinidad de la llamada competencia estructural con mi propuesta. Esto último debido a que esta trabaja en sentido inverso, partiendo del escenario clínico y buscar su conexión con lo general. Pero luego cambié de opinión gracias a un artículo suscrito por reconocidos investigadores de las universidades de Chile (U. de Tarapacá) y de Estados Unidos (U. de Brown y U. de California en Berkeley).

En efecto estos solidarios colegas, que ya antes me habían apoyado mi trabajo, publicaron un magnífico ensayo acerca de la importancia de mis planteamientos acerca de la determinación social de la salud para el avance de la “competencia estructural”.¹¹¹

Esa es la lógica en la que se inspira la edición de este año del posdoctorado en Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. La idea ha sido transformar el modelo posdoctoral de un sistema abierto de apoyo a proyectos individuales a una convocatoria cerrada para un proyecto

colaborativo internacional sobre un mismo tema. En este caso: *Pedagogía crítica de la determinación social en salud*.

La acogida fue formidable y reúne a valiosos científicos, que son docentes de prestigiosas universidades provenientes de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y Suecia. Además, se ha unido al grupo una investigadora de Canadá que realiza un doctorado combinado con nosotros. El programa cuenta con un equipo asesor transdisciplinario de profesores/as de posgrado de nuestra universidad y la colaboración de dos figuras de la pedagogía crítica de Brasil el profesor Demerval Saviani (U. de Campinas) y la profesora Marise Ramos (ex vice rectora y profesora de la Escuela de Salud Pública de la Escuela Politécnica en Salud *Joaquim Venâncio* de la Fundación Oswaldo Cruz).

La idea central es concebir e implementar las bases de un *modelo de cooperación internacional para la pedagogía crítica de la determinación social de la salud, la prevención y la promoción*. Buscamos juntar las experiencias innovadoras logradas en nuestras universidades –i. e. plan de transformación curricular en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina; el programa y sistema de formación intercultural en estudios de inequidad/desigualdad en salud de las universidades Nacional de Antioquia y Nariño, Colombia; los logros del programa sobre determinación de la salud en colectividades indígenas y de migrantes, Universidad de Tarapacá, Chile; los programas centrador en el paradigma de la determinación social del Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar y los nacientes esfuerzos hacia una pedagogía crítica en salud mental para personal de servicios de salud del Ministerio de Salud, Ecuador; la implementación de nuevas herramientas para los estudios en salud del Instituto Karolinska, Suecia; y el proyecto doctoral combinado sobre salud comunitaria de la Universidad de Toronto, Canadá–. Estamos laborando con entusiasmo en este esfuerzo, para cuya difusión se discutirá un plan con la prestigiosa Revista *The Lancet* del Reino Unido, cuyo editor general ha expresado públicamente su entusiasta voluntad de apoyar estos innovadores avances del Sur de América.

Me he detenido a citar esta experiencia porque es una muestra promisoría de un tipo de colaboración fraterna que nos ha movilizado alrededor de la pedagogía necesaria para trabajar por la implementación de un sistema de formación alrededor del paradigma crítico de la determinación social de la salud, su prevención y promoción.

Y ya para ir cerrando, cabe recordar una lección que nos ha dejado la historia a los pueblos latinoamericanos. Las élites y sus servidores siempre subestiman y menosprecian la capacidad de quienes no somos parte de sus círculos, ni penamos como ellos.

Los pueblos siempre y más temprano que tarde, han terminado derrocando a las élites de cada época que han pretendido robarles su derecho a vivir bien.

Ahora más que nunca hay urgencia de construir espacios de resistencia y claridad crítica intercultural. Necesitamos ofrecer alternativas para defender y promover la salud y su promoción. Necesitamos fortalecer un frente internacional que estudie y confronte las estrategias de los Estados necropolíticos que imponen ahora las élites tecnocráticas y caudillos autoritarios. Detener con valentía la ola de aporofobia que se ha construido como parte de una vieja estrategia de culpabilizar a las víctimas.

Despojados de moral y de pudor algunos líderes de la fracción decadente de la humanidad propalan hoy histriónicamente al argumento de que las y los pobres salen sobrando; que las y los viejos son un costo improductivo para el pujante extractivismo; que todas y todos ellos son pobres y débiles por ser no trabajar y asumir una mentalidad de “perdedores”. Afirmaciones que se hacen públicas sin ningún remilgo, desnudando el profundo descalabro de la ética en la era de un contumaz hiperneoliberalismo.

Tan importante para la formación de las nuevas generaciones de pensamiento libre, es el conocimiento técnico instrumental, como el saber y el sentir profundo, acerca de la situación actual de la humanidad. A la juventud que se forma en universidades, espacios académicos y técnicos, tan importante como los conocimientos escolares es el saber profundo sobre la lacerante y peligrosa realidad en la que van a trabajar. La humanidad democrática tiene hoy nuevamente la tarea de reconstruirse y reivindicar contracorriente los principios de la vida. Nuevos desafíos de los tiempos, nuevo proyecto histórico revolucionario y nueva utopía. Una parte de esa utopía es la reforma profunda de la ciencia para responder a ese importante desafío. Es ahí donde armados de una ciencia metacrítica debemos revolucionar no solo las políticas y las políticas, sino el pensamiento. Y en ese movimiento debemos transformar la propia construcción del *objeto de estudio* (i. e. nueva ontología); transformar la forma de concebir e implementar un sujeto del conocimiento intercultural y transdisciplinario (i. e. nueva epistemología); y complementariamente pasar de una praxis funcional a una praxis emancipadora.

Bibliografía

- Basile G. (2025). Pensamiento Crítico en Salud desde el Sur hoy. En *XII Dossier de Salud Internacional Sur*. Ediciones Salud Internacional CLACSO.
- Benjamin, (2017). W. *Libro de los Pasajes* (Edición de Rolf Tideman). Madrid: Ediciones Akal.
- Bonilla-Molina L. (2025) Blog <https://luisbonillamolina.com/2025/07/31/adiciones-academicas-bibliometria-productivismo-y-la-perdida-del-sentido-social-de-las-universidades/>
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- , (2012). Coping with environmental and health impacts in a floricultural region of Ecuador. En D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth research in practice innovative applications of an ecosystem approach to health* (pp. 59-69). Springer-IDRC.
- , (2015a). Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 4 (18), 965-975.
- , (2015b). Epidemiología crítica latinoamericana. En *Tras las huellas de la determinación salud* (pp. 19-75). Universidad Nacional de Colombia.
- , (2017a). *Matriz de procesos críticos: Fundamentos teóricos explicativos*. Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos.
- , (2017b). *INSOC (Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: Fundamentos teóricos y explicativos)*. Dirección Nacional de Derchos de Autor y Conexos.
- , (2019). *Ciência crítica sobre impactos na saúde coletiva e ecossistemas (Guia pedagógico de investigação, avaliação dos 4 «S» da vida)*. (1ª ed.). Andina EcoSaludable, UASB-E.
- , (2021a). *Critical epidemiology and the people's health*. [La epidemiología crítica y la salud de la población]. Oxford University Press.
- , (2021b). La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la “experticia”, a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), 1-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237621>
- , (2022). La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética. Metodología meta-crítica para una ciencia responsable y reparadora. *Revista Latinoamericana y del Caribe de Bioética /UNESCO*, 112, (25), 39-59.
- , (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar.

- . (2024). Reforma en salud en el siglo XXI: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e355017>
- . (2025a, en prensa). A disputa pelo conhecimento e a saúde no espaço digital (Cibernética e IA: neocartesianismo ou metacrítica). En N. Almeida Filho, L. De Souza, L. De Moraes, J. Breilh & A. Haddad (Eds.), *Teoría crítica da saúde digital*. Editora Fiocruz.
- . (27 de octubre de 2025b). Os desafios emancipadores no século XXI: eficácia e bioética a partir da determinação social da saúde (Conocimiento crítico para la salud con los pueblos) [conferencia]. *Conferencia Magna*, Auditório Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil.
- . (2026, en prensa). Ciencia para una agricultura de la vida. Metodología metacrítica, pensamiento agroecológico y bien vivir. En J. Breilh, M. J. Breilh y J. Spiegel (Eds.), *Ciencia transformadora, metacrítica e intercultural (Agroecología y salud colectiva en defensa de la vida)*. Universidad Andina Simón Bolívar–Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Breilh, J., Pagliccia, N. & Yassi, A. (2012). Chronic pesticide poisoning from persistent low-dose exposures in ecuadorean floriculture workers: toward validating a low-cost test battery. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 18(1), 7-21.
- Carnut, L., Correia, D., Marín, A. L. B., y del Río, Y. L. (2025). ‘Determinantes’ e ‘determinação’ na tese de Marx como base para uma crítica à recepção feita pelo campo da saúde coletiva. *Griot: Revista de Filosofia*, 25(2), 38-57.
- CEBES. (11 de septiembre de 2024). Saúde única ou uma só saúde? Quais as questões no contexto brasileiro? [¿Salud única o una sola salud? ¿Cuáles son las cuestiones que se plantean en el contexto brasileño?]. *Cebes-Texto para debates*. <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>
- Creswell, J. & Plano, V. (2006). How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools*, 13(1), 1-11.
- Echeverría, B. (1990). La izquierda: reforma y revolución. *Utopías Revista de la Facultad de Filosofía y Letras*, (6), 10-14.
- . (2015). *Siete aproximaciones a Walter Benjamin*. Desde abajo.
- Eibenschutz, C. & Tamez, S. & Gonzalez, R. (Eds.). (2011) ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinación Social de la Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.

- FAO, OIE & WHO. (2010). *The FAO–OIE–WHO collaboration: a tripartite concept note. Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal–human–ecosystems interface*. [La colaboración entre la FAO, la OIE y la OMS: una nota conceptual tripartita. Compartir responsabilidades y coordinar actividades a nivel mundial para hacer frente a los riesgos sanitarios en la interfaz entre animales, seres humanos y ecosistemas]. Food and Agriculture Organization; World Organization for Animal Health; World Health Organization.
- (2017). *The tripartite's commitment: providing multi-sectoral, collaborative leadership in addressing health challenges*. [El compromiso del diálogo tripartito: ejercer un liderazgo multisectorial y colaborativo para hacer frente a los retos sanitarios]. Food and Agriculture Organization; World Organization for Animal Health; World Health Organization.
- FAO, UNEP, WHO & WOA. (2022). *One health joint plan of action (2022-2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment*. [Plan de acción conjunto Una sola salud (2022-2026): trabajando juntos por la salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente]. World Health Organization.
- Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza*. Siglo XXI editores.
- Friedman, S. R., Walters, S. M., Jordan, A. E., Perlman, D. C., Nikolopoulos, G. K., Mateu Gelabert, P., Rossi, D., & Eisenberg Guyot, J. (2025). Dialectical processes of health framework as an alternative to social determinants of health framework. *Am J Public Health*, 115(11):1868-1876. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308239>
- García Canclini, N. (1993). Gramsci e as culturas populares na América Latina. En C. Coutinho & M. Nogueira (Eds.), *Gramsci e a America Latina* (pp. 61-84). Paz e Terra.
- Giraldo, L. (2025, 4 al 8 de agosto). A Reforma sanitária brasileira e a democracia estão sob ataque - as contradições e desafios para a proteção da vida e da saúde [ponencia]. *XVIII Congresso de Medicina Social e Saúde Coletiva – Por democracia, direitos sociais e saúde: retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos*, Rio de Janeiro, Brasil.
- Gómez Rodríguez, D. T. y Ariza Ruiz, E. D. (2025). Democracia sin humanidad: Neofascismo global, Necropolítica neoliberal y el colapso ético de lo político. *Saberes Andantes*, 4(12), 12-32.
- Grosfoguel, R. [Ramón Grosfoguel]. (10 de octubre de 2025). El ascenso del fascismo en el siglo XXI | Ramón Grosfoguel. [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=qFcW_83ypHo
- Handal, A., Lozoff, B., Breilh, J. & Harlow, S. (2007). Effect of community of residence on neurobehavioral development in infants and young children in a

- flower-growing region of Ecuador. *Environmental Health Perspectives*, 115(1), 128-133.
- Harvey, M., Piñones Rivera, C. & Holmes, S. (2022). Thinking with and against the social determinants of health: the Latin American social medicine (collective health). Critique from Jaime Breilh. *International Journal of Health Services*, 52(4), 433-441. <https://doi.org/10.1177/00207314221122657>
- (2023). Structural competency, Latin American social medicine, and collective health. *Global Public Health*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2220023>
- Irvine, J.; Miles, I.; & Evans, J. (Eds.). (1979). *Demystifying social statistics*. [Desmitificando las estadísticas sociales]. Pluto Press.
- Jaramillo, G. (1 de septiembre de 2025). La pedagogía crítica esperanzada en el ámbito de la salud colectiva [conferencia]. *Posdoctorado en Salud Colectiva UASB*, Quito, Ecuador.
- Lefebvre, H. (1991). *The production of space*. [La creación del espacio]. Blackwell.
- Levins, R. & Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. [El biólogo dialéctico]. Harvard University Press.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. (Eds.). (2006). *Social determinants of health*. [Determinantes sociales de la salud]. Oxford University Press.
- Metzl, J. (2010). *The protest psychosis*. [La psicosis de la protesta]. Beacon Press.
- Metzl, J. & Hansen, H. (2014). Structural competency. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133.
- Minayo, M. C. S (2021). Determinação social, não! Por quê? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>
- Moore, J. (2015). *Capitalism in the web of life: Ecology and the accumulation of capital*. [El capitalismo en la red de la vida: la ecología y la acumulación de capital]. Verso.
- Morales, C. y Eslava, J. C. (2015). *Tras las huellas de la determinación*. Universidad Nacional de Colombia, 2015.
- Pasos Nogueira, R. (2010). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. [Determinantes sociales de la salud y reforma sanitaria]. Cebes.
- Proctor, N. & Schiebinger, L. (Eds.). (2008). *Agnotology: the making and unmaking of ignorance*. [Agnotología: la creación y la desintegración de la ignorancia]. Stanford University Press.
- Sackett, D. (2000). The sins of expertness and a proposal for redemption. *British Medical Journal*, 320(7244), 1283.
- Santos, B. de S. (1998). The fall of the Angelus Novus. *Current Sociology*, 46(2), 81-118.
- (18 de diciembre de 2025). No pienso, luego existo. *Brownstone España*. <https://brownstoneesp.substack.com/p/no-pienso-luego-existo>

- Santos, C. A. K., Hunter, K., Bennett Brook, K., Rojas, I., Herzog, S., Barnier, B., Porykali, B., Yadav, U. N., Crichton, B., Falleni, P., Ryder, C., Ella, S. & Coombes, J. (2025). Implementing healthcare decolonization for indigenous people. *International Journal for Equity in Health*, 25(7), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02705-x>
- Saviani, D. (2020). A pedagogía histórico-crítica. *Revista Binacional Brasil-Argentina: Diálogo Entre As Ciências*, 3(2), 11-36.
- (11 de marzo de 2025). La pedagogía histórico-crítica y sus potencialidades en la formación en salud. [ponencia]. *Posdoctorado en Salud Colectiva UASB*, Quito, Ecuador.
- Solar, O. & Irwin, A. A (2007). *Conceptual framework for action on the social determinants of health*. [Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud]. WHO.
- Tashakkori, A. & Teddlie C. (1998). Combining qualitative and quantitative approaches. Applied social research methods series. [Combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos. Serie sobre métodos de investigación social aplicada]. Sage.
- Wallace, R. (2024). Is One Health a new science of the anti-state state? [conferencia]. Agroecology and Rural Economics Research Corps Conference, St. Paul (MN).

Notas

- ⁵⁰ Echeverría, B. (2015). *Siete aproximaciones a Walter Benjamin*. Desde abajo.
- ⁵¹ Grosfoguel, R. [Ramón Grosfoguel]. (10 de octubre de 2025). El ascenso del fascismo en el siglo XXI | Ramón Grosfoguel. [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=qFcW_83ypHo
- ⁵² Gómez Rodríguez, D. T. y Ariza Ruiz, E. D. (2025). Democracia sin humanidad: Neofascismo global, Necropolítica neoliberal y el colapso ético de lo político. *Saberes Andantes*, 4(12), 12-32.
- ⁵³ Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatoria e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- ⁵⁴ Echeverría, B., *op. cit.*
- ⁵⁵ Moore, J. (2015). *Capitalism in the web of life: Ecology and the accumulation of capital*. [El capitalismo en la red de la vida: la ecología y la acumulación de capital]. Verso.
- ⁵⁶ Santos, B. de S. (18 de diciembre de 2025). No pienso, luego existo. *Brownstone España*. <https://brownstoneesp.substack.com/p/no-pienso-luego-existo>.
- ⁵⁷ Levins, R. & Lewontin, R. (1985). *The dialectical biologist*. [El biólogo dialéctico]. Harvard University Press.
- ⁵⁸ Irvine, J.; Miles, I.; & Evans, J. (Eds.). (1979). *Demystifying social statistics*. [Desmitificando las estadísticas sociales]. Pluto Press.
- ⁵⁹ Breilh, J. (2012). Coping with environmental and health impacts in a floricultural region of Ecuador. En D. F. Charron (Ed.), *Ecohealth research in practice innovative applications of an ecosystem approach to health* (pp. 59-69). Springer-IDRC; Handal, A., Lozoff, B., Breilh, J. & Harlow, S. (2007). Effect of community of residence on neurobehavioral development in infants and young children in a flower-growing region of Ecuador. *Environmental Health Perspectives*, 115(1), 128-133; y Breilh, J., Pagliccia, N. & Yassi, A. (2012). Chronic pesticide poisoning from persistent low-dose exposures in ecuadorean floriculture workers: toward validating a low-cost test battery. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 18(1), 7-21.
- ⁶⁰ Proctor, N. & Schiebinger, L. (Eds.). (2008). *Agnotology: the making and unmaking of ignorance*. [Agnotología: la creación y la desintegración de la ignorancia]. Stanford University Press.
- ⁶¹ FAO, OIE & WHO. (2010). *The FAO-OIE-WHO collaboration: a tripartite concept note. Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interface*. [La colaboración entre la FAO, la OIE y la OMS: una nota conceptual tripartita. Compartir responsabilidades y coordinar actividades a nivel mundial para hacer frente a los riesgos sanitarios en la interfaz entre animales, seres humanos y ecosistemas].

Food and Agriculture Organization; World Organization for Animal Health; World Health Organization.

⁶² FAO, OIE & WHO. (2017). *The tripartite's commitment: providing multi-sectoral, collaborative leadership in addressing health challenges*. [El compromiso del diálogo tripartito: ejercer un liderazgo multisectorial y colaborativo para hacer frente a los retos sanitarios]. Food and Agriculture Organization; World Organization for Animal Health; World Health Organization.

⁶³ FAO, UNEP, WHO & WOA. (2022). *One health joint plan of action (2022-2026): working together for the health of humans, animals, plants and the environment*. [Plan de acción conjunto Una sola salud (2022-2026): trabajando juntos por la salud de las personas, los animales, las plantas y el medio ambiente]. World Health Organization.

⁶⁴ CEBES. (11 de septiembre de 2024). Saúde única ou uma só saúde? Quais as questões no contexto brasileiro? [¿Salud única o una sola salud? ¿Cuáles son las cuestiones que se plantean en el contexto brasileño?]. *Cebes-Texto para debates*. <https://cebes.org.br/saude-unica-ou-uma-so-saude-quais-as-questoes-no-contexto-brasileiro/35004/>.

⁶⁵ Giraldo, L. (2025, 4 al 8 de agosto). A Reforma sanitária brasileira e a democracia estão sob ataque - as contradições e desafios para a proteção da vida e da saúde [ponencia]. *XVIII Congresso de Medicina Social e Saúde Coletiva – Por democracia, direitos sociais e saúde: retomando o caminho da determinação social e da soberania dos povos*, Rio de Janeiro, Brasil.

⁶⁶ Breilh, J. (2024). Reforma en salud en el siglo XXI: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 42, 1-14. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e355017>.

⁶⁷ El autor ha diseñado y operacionalizado un sistema para investigar la composición social de una población que se denomina INSOC (Prueba de inserción social). Ver en bibliografía: Breilh, J. (2017b). *INSOC (Cuestionario para la investigación de la inserción social en la investigación: Fundamentos teóricos y explicativos)*. Dirección Nacional de Derchos de Autor y Conexos.

⁶⁸ Minayo, M. C. S (2021). Determinação social, não! Por quê? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010721>.

⁶⁹ Carnut, L., Correia, D., Marín, A. L. B., y del Río, Y. L. (2025). ‘Determinantes’ e ‘determinação’ na tese de Marx como base para uma crítica à recepção feita pelo campo da saúde coletiva. *Griot: Revista de Filosofia*, 25(2), 17-37.

⁷⁰ *Ibid.*

⁷¹ *Ibid.*, p. 39.

⁷² Marmot, M. & Wilkinson, R. (Eds.). (2006). *Social determinants of health*. [Determinantes sociales de la salud]. Oxford University Press; y Solar, O. & Irwin, A. A (2007). *Conceptual*

framework for action on the social determinants of health. [Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud]. WHO.

⁷³ Pasos Nogueira, R. (2010). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. [Determinantes sociales de la salud y reforma sanitaria]. Cebes.

⁷⁴ Eibenschutz, C. & Tamez, S. & Gonzalez, R. (Eds.). (2011) ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinación Social de la Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.

⁷⁵ Morales, C. y Eslava, J. C. (2015). *Tras las huellas de la determinación*. Universidad Nacional de Colombia, 2015.

⁷⁶ Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Universidad Andina Simón Bolívar.

⁷⁷ Carnut, L., Correia, D., Marín, A. L. B., y del Río, Y. L., *op. cit.*

⁷⁸ Echeverría, B. (1990). La izquierda: reforma y revolución. *Utopías Revista de la Facultad de Filosofía y Letras*, (6), 10-14.

⁷⁹ Grosfoguel, R., *op. cit.*

⁸⁰ Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. New York: Oxford University Press y Breilh, J., *Epidemiología crítica...*, *op. cit.*

⁸¹ Breilh, J., *Epidemiología crítica...*, *op. cit.*

⁸² Breilh, J. (2019). *Ciência crítica sobre impactos na saúde coletiva e ecossistemas (Guia pedagógico de investigação, avaliação dos 4 «S» da vida)*. (1ª ed.). Andina EcoSaludable, UASB-E.

⁸³ Breilh, J. (2025) *Os desafios emancipadores no século XXI: eficácia e bioética a partir da determinação social da saúde* (Conocimiento crítico para la salud con los pueblos) [conferencia]. Conferencia Magna, Auditório Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo, Brasil.

⁸⁴ Santos, B. de S. (1998). The fall of the Angelus Novus. *Current Sociology*, 46(2), 81-118.

⁸⁵ Breilh, J. (2022). La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética. Metodología meta-crítica para una ciencia responsable y reparadora. *Revista Latinoamericana y del Caribe de Bioética /UNESCO*, 112, (25), 39-59.

⁸⁶ Breilh, J. (2015a). Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 4 (18), 965-975.

⁸⁷ Breilh, J., *Epidemiología crítica. Ciencia...*, *op. cit.*; Breilh, J., *Epidemiología crítica y la salud...*, *op. cit.*; y Breilh, J., *Reforma en salud...*, *op. cit.*

⁸⁸ Breilh, J., *Epidemiología crítica y la salud...*, *op. cit.*

⁸⁹ Breilh, J. (2026, en prensa). Ciencia para una agricultura de la vida. Metodología metacrítica, pensamiento agroecológico y bien vivir. En J. Breilh, M. J. Breilh y J. Spiegel (Eds.), *Ciencia*

transformadora, metacrítica e intercultural (Agroecología y salud colectiva en defensa de la vida). Universidad Andina Simón Bolívar–Universidad Nacional de Mar del Plata.

⁹⁰ Breilh, J., *Epidemiología crítica. Ciencia..., op. cit.*; y (2017a). *Matriz de procesos críticos: Fundamentos teóricos explicativos*. Dirección Nacional de Derechos de Autor y Conexos.

⁹¹ Breilh, J. (2022). La determinación social de la salud y la transformación del derecho y la ética. Metodología meta-crítica para una ciencia responsable y reparadora. *Revista Latinoamericana y del Caribe de Bioética /UNESCO*, 112, (25), 39-59; y Breilh, J. (2025a, en prensa). A disputa pelo conhecimento e a saúde no espaço digital (Cibernética e IA: neocartesianismo ou metacrítica). En N. Almeida Filho, L. De Souza, L. De Moraes, J. Breilh & A. Haddad (Eds.), *Teoría crítica da saúde digital*. Editora Fiocruz.

⁹² Breilh, J., *Epidemiología crítica y la salud..., op. cit.*

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Benjamin, (2017). W. Libro de los Pasajes (Edición de Rolf Tiedeman). Madrid: Ediciones Akal.

⁹⁵ Creswell, J. & Plano, V. (2006). How interpretive qualitative research extends mixed methods research. *Research in the Schools*, 13(1), 1-11.

⁹⁶ Tashakkori, A. & Teddlie C. (1998). Combining qualitative and quantitative approaches. Applied social research methods series. [Combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos. Serie sobre métodos de investigación social aplicada]. Sage.

⁹⁷ García Canclini, N. (1993). Gramsci e as culturas populares na América Latina. En C. Coutinho & M. Nogueira (Eds.), *Gramsci e a América Latina* (pp. 61-84). Paz e Terra.

⁹⁸ Lefebvre, H. (1991). *The production of space*. [La creación del espacio]. Blackwell.

⁹⁹ Breilh, J. (2015a). Epidemiología del siglo XXI..., *op. cit.*

¹⁰⁰ *Ibid.*; y Breilh, J., *Epidemiología crítica y la salud..., op. cit.*

¹⁰¹ Breilh, J. (2025) *Os desafios emancipadores..., op. cit.*

¹⁰² Sackett, D. (2000). The sins of expertness and a proposal for redemption. *British Medical Journal*, 320(7244), 1283.

¹⁰³ Breilh, J., *Reforma en salud..., op. cit.*

¹⁰⁴ Bonilla-Molina L. (2025) Blog <https://luisbonillamolina.com/2025/07/31/adiciones-academicas-bibliometria-productivismo-y-la-perdida-del-sentido-social-de-las-universidades/>

¹⁰⁵ Freire, P. (1992). *Pedagogía de la esperanza*. Siglo XXI editores.

¹⁰⁶ Saviani, D. (2020). A pedagogia histórico-crítica. *Revista Binacional Brasil-Argentina: Diálogo Entre As Ciências*, 3(2), 11-36.

¹⁰⁷ Jaramillo, G. (1 de septiembre de 2025). La pedagogía crítica esperanzada en el ámbito de la salud colectiva [conferencia]. *Posdoctorado en Salud Colectiva UASB*, Quito, Ecuador.

¹⁰⁸ Saviani, D. (11 de marzo de 2025). La pedagogía histórico-crítica y sus potencialidades en la formación en salud. [ponencia]. *Posdoctorado en Salud Colectiva UASB*, Quito, Ecuador.

¹⁰⁹ Metzl, J. (2010). *The protest psychosis*. [La psicosis de la protesta]. Beacon Press.

¹¹⁰ Metzl, J. & Hansen, H. (2014). Structural competency. *Social Science & Medicine*, 103, 126-133.

¹¹¹ Harvey, M., Piñones Rivera, C. & Holmes, S. (2023). Structural competency, Latin American social medicine, and collective health. *Global Public Health*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2220023>.

Capítulo II

Salud global emancipadora

Juan Eduardo Guerrero Espinel

Introducción

Este capítulo nace de un esfuerzo colectivo que, durante los últimos años, ha insistido en la necesidad de pensar la salud desde una perspectiva emancipadora. Se busca abrir un horizonte crítico que permita imaginar una salud global capaz de responder a los desafíos del presente y del futuro.

La propuesta se organiza en torno a tres ejes que dialogan entre sí: la promoción de la salud emancipadora, la soberanía sanitaria y los derechos humanos. Estos pilares nos invitan a repensar la arquitectura de la salud pública en un mundo interdependiente, atravesado por tensiones políticas, económicas y culturales.

En la literatura crítica, emancipar significa liberar, romper dependencias y cuestionar las estructuras de poder que limitan la autonomía de las personas y de los pueblos. La profesora María Consuelo Chapela Mendoza lo expresa con claridad: la emancipación en salud es la capacidad de transformar las inscripciones del cuerpo y de la vida social, generando futuros viables desde la justicia social y la insubordinación frente a hegemonías.¹¹²

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han aportado marcos conceptuales que ayudan a comprender los determinantes internacionales de la salud. Entre 2008 y 2015, el Programa de Líderes en Salud Internacional sistematizó un modelo que permite analizar las “fuerzas motoras” que moldean, de manera positiva o negativa, los sistemas sanitarios en un mundo globalizado (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Este documento busca, entonces, ofrecer una mirada crítica sobre cómo los modelos de desarrollo, el comercio, la ciencia y la tecnología, la cooperación internacional, la cultura y la religión inciden en la salud global. La intención es clara: contribuir a una onda emancipadora que parta del compromiso genuino de construir sociedades libres, justas y guiadas por el bien común. Sociedades que aprendan a responder con libertad y respuestas asertivas a dar un salto por

fuera o al menos crítico de las fuerzas que nos llevan a consumir lo innecesario y que colocan en riesgo la vida.

En este sentido, el capítulo opta por hablar de determinantes internacionales de la salud, pero diferenciándose del enfoque causalista de los "determinantes sociales de la salud" propio del modelo de la OPS/OMS. Esta noción de determinantes internacionales de la salud debe ser entendida como un espacio de disputa entre fuerzas, intereses y proyectos de una sociedad. Implica pensar el comercio, la ciencia y la tecnología, la cooperación y la cultura no como variables aisladas que se suman o se restan, sino como procesos históricos y relaciones de poder en tensión constante, en sintonía con la tradición de la determinación social de la salud propia de la epidemiología crítica y la salud colectiva latinoamericana.

Historia y política de la salud global: de las ligas sanitarias al siglo XXI

Cuando miramos hacia atrás, la historia de la salud global se revela como un espejo de las tensiones políticas y económicas que han atravesado el mundo moderno. Desde el siglo XIX, los intentos por coordinar respuestas sanitarias internacionales estuvieron menos motivados por la solidaridad y más por la necesidad de proteger el comercio y las rutas marítimas. Las primeras conferencias sanitarias internacionales, iniciadas en 1851 como reacción a las epidemias de cólera y peste, buscaban acuerdos mínimos para garantizar la movilidad de mercancías y personas sin que la enfermedad interrumpiera el flujo económico.

En 1902, la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana marcó un hito: fue el primer organismo multilateral con mandato sanitario, antecedente directo de la cooperación institucionalizada en la región. Nace así, con un enfoque defensivo y asistencialista, subordinando la salud a la seguridad de los Estados.¹¹³

El siglo XX abrió nuevas posibilidades. Con el apoyo de la Fundación Rockefeller y el auge de la medicina tropical, se impulsaron programas de higiene y saneamiento ambiental. Pero estas iniciativas no escaparon a la geopolítica: las dos guerras mundiales y la depresión económica de los años treinta limitaron la cooperación, mientras la industria farmacéutica comenzaba a consolidar un modelo biomédico centrado en la cura y el tratamiento.

En 1948, la creación de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) abrió una nueva era. La salud fue reconocida como derecho humano y asunto internacional, lo que permitió que países pobres y dependientes empezaran a construir sistemas públicos más amplios, con hospitales, centros de salud y agentes comunitarios (Organización Mundial de la Salud, 1948).

Tres décadas después, la Declaración de Alma Ata (1978) proclamó la atención primaria de la salud como estrategia universal. Fue un momento histórico: la salud se definió como derecho humano fundamental y se vinculó con justicia social y participación comunitaria. Alma Ata exhortó a los gobiernos a formular políticas nacionales y a la cooperación internacional solidaria, señalando que la atención primaria debía ser el núcleo de los sistemas de salud y el camino para lograr una vida productiva y digna para todos.¹¹⁴

Sin embargo, las promesas de “salud para todos” se diluyeron con el tiempo. La OPS y la OMS reconocieron que, tras 25 años, la estrategia de atención primaria había sido reinterpretada por países poderosos, que la redujeron a programas verticales y selectivos, dejando de lado las “causas de las causas”: las desigualdades sociales y los modelos de desarrollo injustos.¹¹⁵

En este mismo lapso, se vive la crisis de la economía, de la salud pública y del sistema de la ONU, el debilitamiento de la cooperación multilateral, y el auge de actores privados y programas verticales (Fondo Mundial, GAVI, Banco Mundial). La segunda mitad del siglo XX también fue testigo de la emergencia de la medicina social y la salud colectiva en América Latina, que aportaron una visión crítica: vincular la salud con los determinantes sociales, las luchas contra la desigualdad y la defensa de la equidad.¹¹⁶ En este terreno se abrió una disputa entre modelos emancipadores –centrados en justicia social y equidad– y modelos mercantilizados, que privilegiaban la eficiencia, la privatización y el ajuste estructural.

El tránsito hacia el siglo XXI consolidó la noción de salud global. A diferencia de la salud internacional, centrada en relaciones entre Estados y cooperación bilateral, la salud global enfatiza la interdependencia y la multiplicidad de actores: ONG, corporaciones, fundaciones filantrópicas y organismos multilaterales. El mercado y la sociedad civil comenzaron a disputar protagonismo en un escenario donde los riesgos transfronterizos – pandemias, crisis climática, migraciones– exigían respuestas colectivas.¹¹⁷

El siglo XXI: interdependencia, mercado y soberanía sanitaria

El inicio del siglo XXI nos mostró con crudeza que la salud ya no podía pensarse como un asunto aislado de los Estados. La interdependencia global, la velocidad de los flujos comerciales y financieros, y la irrupción de nuevos actores –corporaciones, ONG, fundaciones filantrópicas– transformaron el escenario sanitario. La noción de salud global se consolidó como un campo de disputa entre intereses económicos y principios de justicia social.

En 2015, la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) marcaron un nuevo horizonte. La salud se reconoció como derecho humano y como meta indispensable para alcanzar un desarrollo sostenible. Los ODS vincularon la salud con la equidad, la resiliencia y la protección del planeta, proponiendo un marco universal que integra justicia social, ambiental y económica.¹¹⁸

Sin embargo, la pandemia de *COVID-19* reveló las fragilidades de esta arquitectura. La desigualdad en el acceso a vacunas, las tensiones entre soberanía sanitaria y propiedad intelectual, y la dependencia tecnológica de muchos países pusieron en evidencia que los principios de solidaridad global chocaban con los intereses del mercado. El mecanismo COVAX, diseñado para garantizar acceso equitativo, mostró avances, pero también limitaciones: la distribución desigual reflejó la persistencia de un orden internacional marcado por asimetrías de poder.¹¹⁹ En este momento, se anuncia el posible retiro de los Estados Unidos de América de la OMS y se agudiza la confrontación para fortalecer la salud sujeta a las leyes del mercado. En efecto, la distribución de la vacuna para la protección de la COVID-19 se movió bajo esta lógica distante al bien común.

En este contexto, las corporaciones farmacéuticas y los tratados de libre comercio reforzaron la idea de que la salud podía ser tratada como un bien privado, sujeto a las leyes del mercado. Esta mercantilización generó una desviación ética: un sector que debería estar guiado por el bien común y la transparencia terminó subordinado a la lógica del lucro.¹²⁰

La respuesta desde el Sur global ha sido clara: fortalecer la soberanía sanitaria como capacidad de decidir, producir y proteger la salud desde los territorios. Experiencias recientes en América Latina, Asia y África muestran intentos de cooperación Sur-Sur, diplomacia sanitaria crítica y producción local de medicamentos y vacunas. Estas iniciativas buscan reducir la dependencia de

agendas financieras internacionales y recuperar la autonomía de los sistemas públicos.¹²¹

Los desafíos actuales son múltiples:

- *Multipolaridad geopolítica*: la disputa entre modelos de cooperación solidaria y mercantilizada, con nuevos actores emergentes como China, India y África.
- Crisis climática y salud planetaria: la crisis climática también se convirtió en un desafío central para la salud planetaria. El Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático (IPCC) advirtió que los riesgos globales requieren gobernanza inclusiva y políticas ambientales protectoras.¹²²
- *Derechos humanos en tensión*: discursos universales frente a prácticas excluyentes, especialmente en migración, acceso a medicamentos y equidad de género.
- *Revalorización de la soberanía sanitaria*: como respuesta a la dependencia del mercado global y a la imposición de modelos externos.

Frente a esta paradoja del siglo XXI, se hace necesario organizar la reflexión en torno a tres ejes fundamentales que guiarán la propuesta de este capítulo. En primer lugar, las *políticas emancipatorias*, entendidas como estrategias colectivas para liberar la salud de las subordinaciones del mercado y colocarla al servicio del bien común. En segundo lugar, la *soberanía sanitaria*, que reivindica la capacidad de los pueblos y Estados de decidir sobre sus prioridades, producción y acceso a tecnologías esenciales sin depender de agendas externas. Finalmente, los *derechos humanos*, que constituyen el marco ético y jurídico indispensable para garantizar que la salud sea reconocida y protegida como derecho universal. Estos tres pilares se entrelazan y conforman la arquitectura emancipadora que orienta la narrativa de todo el capítulo.

En síntesis, el siglo XXI nos enfrenta a una paradoja: mientras la Agenda 2030 propone un marco de justicia y sostenibilidad, la realidad muestra un predominio del mercado y una agresión constante a la soberanía de los pueblos. La salud global se convierte en un espacio de disputa, donde proteger la vida exige repensar las reglas del juego internacional y colocar los derechos humanos en el centro de las políticas públicas.

El enfoque emancipador

Hablar de emancipación en salud es abrir la puerta a un debate profundo sobre libertad, justicia y dignidad. En la literatura crítica, emancipar significa liberar, romper dependencias y cuestionar las subordinaciones que limitan la autonomía de las personas y de los pueblos. La emancipación, en cambio, se entiende como un proceso colectivo de conquista de autonomía, en el que los sujetos se reconocen capaces de decidir sobre su vida y su entorno.

Este concepto tiene raíces filosóficas y sociales que van desde la Ilustración –cuando Kant definía emancipar como *salir de la minoría de edad*– hasta la teoría crítica de Habermas y Horkheimer, pasando por la pedagogía liberadora de Paulo Freire. En todos los casos, la emancipación se vincula con la resistencia frente a hegemonías y la construcción de alternativas basadas en dignidad, equidad y derechos.¹²³

En el campo de la salud, María del Consuelo Chapela Mendoza propone una visión transformadora: la promoción de la salud emancipadora no se limita a prevenir enfermedades, sino que busca modificar las inscripciones del cuerpo y de la vida social. Para ella, el cuerpo es una unidad material y subjetiva inseparable del mundo social y de las relaciones de poder. La emancipación en salud implica generar espacios de investigación, reflexión y práctica que permitan transformar esos patrones de sufrimiento en trayectorias de justicia social y autonomía¹²⁴.

Este enfoque reconoce que el sufrimiento está inscrito en juegos de poder y que solo la insubordinación frente a esas hegemonías puede abrir futuros deseados. La promoción de la salud emancipadora apuesta por prácticas colectivas y entornos culturales que hablen un lenguaje de justicia y libertad. Se trata de una propuesta que desafía la medicalización y la subordinación de la salud al mercado, y que coloca en el centro la vida como riqueza y no como mercancía.

La historia de la *emancipación humana* nos ayuda a comprender este horizonte. Desde la abolición de la esclavitud hasta los movimientos contemporáneos por derechos civiles, género y soberanía, cada hito ha ampliado el círculo de inclusión y ha transformado los modelos de vida.

El recorrido histórico nos muestra una expansión emancipadora, con un cierre de ciclo parcial, en el inicio del segundo cuarto de siglo XXI de una visión dominadora de un país dominante en una clara derrota económica y crisis

financiera que pudiera arrastrar al mundo a una alta incertidumbre y a un fuerte replanteamiento de los bloques de poder a nivel global. Es así, como los resultados hasta el 2025 fueron positivos para los modelos de vida y desarrollo humano con la expansión de derechos: cada hito amplió el círculo de inclusión (de hombres libres a ciudadanía universal), la transformación de modelos de desarrollo: de sistemas esclavistas y coloniales hacia sociedades que reconocen dignidad, equidad y sostenibilidad, las nuevas nociones de soberanía: desde la independencia política hasta la soberanía sanitaria y cultural. Y la emancipación como proceso inacabado: aún hoy se disputa frente a desigualdades, corporativismo y crisis ambientales. A pesar de reconocer que se vive un mundo con altas desigualdades e injusticias sociales y un crecimiento exponencial de la influencia de los mercados y el comercio internacional de poderosas mega industrias de toda índole, es interesante visualizar los posibles impactos en la salud, educación y derechos humanos, de los principales hechos emancipadores registrados en la historia de la humanidad (tabla 1):

Tabla 1. Hechos emancipadores y su impacto

Hito histórico	Impacto en salud, educación y derechos
Invencción de la escritura (Mesopotamia, 3000 a. C.)	Permitió preservar leyes y derechos, abriendo camino a la organización social y a la protección de la vida colectiva.
Democracia ateniense (siglo V a. C.)	Introdujo la ciudadanía vinculada al bienestar colectivo, aunque limitada a hombres libres. Semilla de participación política y protección comunitaria.
Edicto de Milán (313 d. C.)	Reconoció la libertad religiosa en el Imperio Romano, inicio de la idea de tolerancia y convivencia.
Carta Magna (1215)	Limitó el poder absoluto del rey en Inglaterra, sentando bases para garantías individuales y justicia frente a la arbitrariedad.
Revolución americana (1776) y Revolución francesa (1789)	Universalizaron principios de libertad, igualdad y fraternidad. Vincularon la vida digna con acceso a educación, salud y participación política.
Abolición de la esclavitud (siglo XIX)	Rompió cadenas coloniales y de servidumbre, permitiendo acceso progresivo a educación y trabajo digno.
Independencias latinoamericanas (siglo XIX)	Consolidaron soberanía política y cultural como condición para la justicia social y la equidad.

Movimientos laborales (siglo XX)	Conquistaron derechos como la jornada de ocho horas y la seguridad social, protegiendo la vida frente a la explotación.
Movimientos feministas (siglo XX)	Ampliaron la emancipación hacia la igualdad de género, transformando la convivencia en hogares, escuelas y espacios públicos.
Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	Reconoció la salud, la educación y la dignidad como derechos universales.
Declaración de Alma Ata (1978)	Definió la atención primaria como estrategia universal, vinculando salud con justicia social y participación comunitaria.
Agenda 2030 y ODS (2015)	Integraron emancipación con sostenibilidad, reconociendo que la calidad de vida depende de sistemas equitativos y resilientes.
Movimientos contemporáneos (siglo XXI)	Reconocimiento de derechos LGBTIQ+, soberanía alimentaria, defensa ambiental y soberanía sanitaria como nuevas emancipaciones.

Fuente: Elaboración propia, con apoyo de la IA.

Emancipación: trayectorias históricas y contemporáneas

Cada hito emancipador ha ampliado el círculo de inclusión y redefinido el modelo de desarrollo, mostrando que la salud, la educación y los derechos humanos son dimensiones inseparables de la emancipación. La narrativa histórica permite observar cómo este proceso pasó de ser político, democracia, independencia a ser social, cultural y sanitario.

La emancipación es un proceso acumulativo que estalla en momentos históricos de crisis y reorganización, expandiéndose desde la libertad política y jurídica hacia la justicia social, la igualdad de género, la diversidad cultural y ambiental, y más recientemente hacia la soberanía sanitaria. Cada hito transformó los modos de vivir y convivir, desembocando en la idea contemporánea de promoción de la salud emancipadora y soberanía sanitaria como pilares de la calidad de vida. Con el contexto actual, es posible que estemos cerca de un nuevo ciclo emancipador, en el que las nuevas generaciones busquen romper dependencias hegemónicas y abrir paso a modelos de desarrollo más plurales, equitativos y resilientes. Sin embargo, algunas fuentes nos alertan a que las juventudes han sido capturadas por las plataformas alienantes y subyugadoras.

El escenario actual es muy complejo y exige *reforzar las políticas emancipadoras* a nivel global, asegurando al mismo tiempo una plena participación local en cada país. Solo mediante este doble movimiento – articulación internacional y protagonismo comunitario – será posible enfrentar las desigualdades persistentes, las guerras “imperiales” del siglo XXI, resistir la mercantilización de la salud, de los alimentos, del agua y de productos nocivos y así consolidar una arquitectura emancipadora que coloque la dignidad y la justicia social en el centro de las políticas públicas. En este marco, emerge con fuerza el concepto de *soberanía sanitaria*, como respuesta crítica a las dependencias externas y como fundamento para construir sistemas de salud más autónomos, resilientes y justos.

Soberanía sanitaria: un concepto emergente en América Latina

La idea de soberanía sanitaria no debe limitarse únicamente a la organización de los servicios de atención a la enfermedad. Se trata de un concepto más amplio, que abarca la capacidad de los Estados y las comunidades de definir políticas de salud en sentido integral, orientadas al bienestar colectivo y a la protección de la vida en todas sus dimensiones.

En este sentido, la soberanía sanitaria implica también regular y transformar los factores que deterioran la salud desde fuera del sistema asistencial: las fuentes contaminantes del aire y del agua, la deforestación y los negocios ilegales como la minería depredadora o el procesamiento de alcaloides; la venta indiscriminada de productos ultra procesados, bebidas azucaradas y energéticas; el exceso de transporte individual contaminante frente a la necesidad de fortalecer alternativas colectivas y sostenibles como el metro o el tren; e incluso la intromisión de intereses que propician conflictos internos para favorecer la venta de armas y perpetuar guerras civiles o religiosas. La idea de *soberanía sanitaria* surge en América Latina como respuesta crítica a la creciente subordinación de los sistemas de salud a intereses externos: corporativos, financieros y geopolíticos. Desde los años ochenta, pensadores como *Edmundo Granda Ugalde* y movimientos de salud colectiva comenzaron a denunciar la pérdida de autonomía en las decisiones sanitarias, especialmente en los países del Sur global. La noción, en el caso de los servicios de salud, se consolidó como un llamado a recuperar la capacidad de decidir sobre políticas, producción y acceso a tecnologías esenciales;¹²⁵ incluyendo, una

mirada estratégica dirigida a direccionar las fuerzas de la sociedad en la búsqueda incesante y permanente hacia el bien común y la justicia económica, ambiental y social.

En este marco, la soberanía sanitaria se entiende como la posibilidad de que los Estados y las comunidades definan sus prioridades sin depender de agendas externas. Implica fortalecer un sentido de la protección de la vida, de la naturaleza, de la biosfera y la biodiversidad y también trabajar para la autosuficiencia, con el estímulo a la producción local de medicamentos, vacunas y tecnologías, garantizar la transparencia en el uso de recursos públicos y proteger la salud como bien común frente a la mercantilización.

La gobernanza sanitaria en la región requiere reforzar capacidades institucionales y mecanismos de cooperación regional. La soberanía sanitaria no es solo un asunto técnico, sino político: recuperar autonomía frente a la dependencia tecnológica y farmacéutica, y construir sistemas resilientes capaces de responder a crisis.

Ejemplos recientes muestran cómo este concepto se traduce en políticas concretas. En Colombia, el *Plan de Soberanía Sanitaria* busca reducir la dependencia de importaciones farmacéuticas y fortalecer la producción nacional de medicamentos.¹²⁶ (CONPES 417). En Brasil y Tailandia, iniciativas similares han apostado por la cooperación Sur-Sur y la innovación local como estrategias para enfrentar la vulnerabilidad frente a corporaciones globales.¹²⁷

La soberanía sanitaria, entonces, es una estrategia política y ética que busca garantizar que la vida y la salud no dependan de intereses corporativos o coloniales. Se vincula directamente con la emancipación, porque plantea que la autonomía en salud es condición para la justicia social y para la dignidad de los pueblos.

Las experiencias recientes muestran que la soberanía sanitaria no puede limitarse a la organización de servicios de atención, sino que debe extenderse a todas las políticas que inciden en la salud y el bienestar colectivo. Por ello, la tabla 2 amplía el análisis hacia dimensiones ambientales, alimentarias, de transporte y de cooperación internacional, evidenciando que la soberanía sanitaria es un principio transversal capaz de articular producción local, regulación de mercados y protección de derechos. Al incluir ejemplos como el Fondo Rotatorio de Vacunas y el Fondo Estratégico de Medicamentos de la OPS, junto con políticas de regulación de productos ultra procesados,

transporte sostenible y acciones contra la deforestación, se refuerza la idea de que la salud es inseparable de la justicia social y de la gobernanza integral de los bienes comunes.

Tabla 2. Experiencias políticas recientes

Experiencia política	Descripción	Impacto en salud y sociedad
Proceso de paz en Colombia (2016)	Acuerdo entre el Estado y las FARC para terminar el conflicto armado.	Apertura de programas de salud en zonas rurales, fortalecimiento de atención primaria y enfoque en víctimas.
Reforma sanitaria en México (2019)	Creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).	Ampliación de cobertura gratuita, aunque con tensiones en financiamiento y gestión.
Respuesta regional a la COVID-19 (2020–2022)	Cooperación entre países latinoamericanos y mecanismos como COVAX.	Acceso desigual a vacunas, pero fortalecimiento de la diplomacia sanitaria y producción local en algunos países.
Agenda 2030 y ODS en América Latina	Adaptación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en planes nacionales.	Integración de salud con sostenibilidad, equidad y resiliencia social.
Movimientos indígenas y ambientales (siglo XXI)	Reivindicación de soberanía alimentaria, defensa de territorios y biodiversidad.	Reconocimiento de la salud como derecho ligado al ambiente y la cultura.
Debates sobre soberanía sanitaria (2021–2025)	Iniciativas en Colombia, Brasil y otros países para reducir dependencia farmacéutica.	Producción local de medicamentos y vacunas, fortalecimiento de sistemas públicos y cooperación Sur-Sur.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA.

En conjunto, las experiencias recogidas en la tabla 2 muestran que la soberanía sanitaria se expresa en múltiples dimensiones más allá de los servicios de atención, abarcando la regulación de mercados, la protección ambiental, la alimentación saludable, la movilidad sostenible y la cooperación internacional. Estas iniciativas revelan que la salud debe ser entendida como un bien común inseparable de las políticas públicas en su totalidad.¹²⁸

En suma, la soberanía sanitaria debe entenderse como principio transversal de todas las políticas de salud y desarrollo, capaz de proteger la vida frente a la

mercantilización y de garantizar autonomía en las decisiones colectivas. Este horizonte solo se completa cuando se vincula con el eje de los *derechos humanos*, que otorga el marco ético y jurídico indispensable para que la salud sea reconocida y defendida como derecho universal y bien común.

Derechos humanos en salud: evolución normativa y desafíos contemporáneos

La soberanía sanitaria, entendida como principio transversal de todas las políticas de salud y desarrollo, solo alcanza su pleno sentido cuando se articula con el eje de los *derechos humanos*. Estos constituyen el marco ético y jurídico indispensable para garantizar que la salud sea reconocida como derecho universal y bien común. En un escenario global marcado por desigualdades y tensiones, los derechos humanos ofrecen la base normativa para proteger la vida, asegurar la dignidad y orientar las políticas emancipadoras hacia la justicia social y la equidad planetaria.

La historia de la salud pública está íntimamente ligada a la evolución de los derechos humanos. Desde mediados del siglo XX, la comunidad internacional ha reconocido que la salud no es solo un servicio, sino un derecho fundamental que debe garantizarse a todas las personas.

El punto de partida fue la Declaración Universal de Derechos Humanos,¹²⁹ que estableció que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud y bienestar. Este documento fundacional vinculó la salud con la dignidad humana y abrió el camino para que los Estados asumieran responsabilidades en la protección de la vida y el bienestar colectivo.

Tres décadas después, la Declaración de Alma Ata dio un paso decisivo al proclamar la atención primaria de salud como estrategia universal.¹³⁰ Alma Ata definió la salud como un derecho humano esencial y vinculó su garantía con la justicia social y la participación comunitaria. Fue un llamado a los gobiernos para formular políticas nacionales y a la cooperación internacional solidaria, señalando que la atención primaria debía ser el núcleo de los sistemas de salud.

En 2018, la Declaración de Astaná actualizó este compromiso en un contexto globalizado. Reconoció la necesidad de fortalecer la atención primaria, pero también reflejó tensiones entre pragmatismo y justicia social: mientras algunos países la conciben como un camino hacia la cobertura universal, otros la reducen a programas focalizados y selectivos.¹³¹

El siglo XXI ha traído nuevos desafíos. La Agenda 2030 y los ODS integraron la salud en un marco más amplio de sostenibilidad, equidad y resiliencia.¹³² Sin embargo, la pandemia de COVID-19 mostró que los principios universales chocan con las prácticas excluyentes: la desigualdad en el acceso a vacunas, la dependencia tecnológica y la concentración de patentes revelaron la fragilidad de los sistemas y la vulnerabilidad de los países más pobres.¹³³

Es de interés, analizar las *Fases de la evolución normativa en salud, con cuatro fases*:

- *Reconocimiento universal (1948-1966)*: Declaración Universal y Pactos constituyen el bloque de derechos civiles-políticos y económicos-sociales, integrando salud como derecho exigible progresivamente. Crecimiento de los Estados de bienestar.
- *Desarrollo programático y estándares (1970-2000)*: cartas y convenciones antidiscriminación (ICERD, CEDAW), interpretación del “máximo nivel posible de salud”, y guías sobre determinantes sociales y acceso a servicios esenciales. Crisis económica y del modelo vigente.
- *Justiciabilidad y expansión regional (1990-2010)*: tribunales y cortes constitucionales fortalecen exigibilidad (ejemplo colombiano pos-1991 con tutela y jurisprudencia sobre acceso y continuidad de servicios). Estado social de derecho y modelos de mercado con procesos privatizadores.
- *Integración con agendas globales (2015-presente)*: ODS vinculan salud con sostenibilidad, equidad y protección financiera, ampliando el enfoque a sistemas resilientes y determinantes sociales. Conflicto global y reaparición del orden de los imperios y barreras arancelarias.

La doctrina contemporánea subraya logros y tensiones del derecho a la salud: expansión normativa, pero inequidades persistentes, desigual financiamiento y brechas de implementación.

Hoy, los derechos humanos en salud enfrentan tensiones contemporáneas:

- Migración y exclusión: millones de personas quedan fuera de los sistemas de salud por su condición migratoria.

- Acceso a medicamentos: la propiedad intelectual y los tratados de libre comercio limitan la disponibilidad de tecnologías esenciales.
- Equidad de género: persisten brechas en salud sexual y reproductiva, y en el acceso de mujeres y niñas a servicios de calidad.
- Crisis climática: el derecho a un ambiente sano se convierte en condición para la salud, pero aún no está plenamente garantizado.¹³⁴

En síntesis, la evolución normativa ha sido clara: desde 1948 hasta la Agenda 2030, la salud se ha consolidado como derecho humano fundamental. Pero los desafíos contemporáneos muestran que este derecho sigue siendo disputado entre modelos emancipadores –centrados en justicia social y equidad– y modelos mercantilizados, que subordinan la salud a intereses económicos.

Prospectiva: reconfiguración del poder global, inteligencia artificial y derechos humanos

En el escenario internacional, la disputa por el sentido de la salud se entrelaza con transformaciones geopolíticas, crisis ambientales y el avance acelerado de la inteligencia artificial. La soberanía sanitaria, las políticas emancipatorias y los derechos humanos no son categorías aisladas, sino dimensiones interdependientes que permiten evaluar cómo los pueblos y las instituciones enfrentan las presiones del mercado global y las oportunidades de cooperación solidaria. Analizar estos tres ejes en clave internacional abre la posibilidad de comprender las tensiones entre control corporativo y emancipación social, así como las estrategias que distintos países y organismos multilaterales han desplegado para proteger la vida, garantizar autonomía y orientar la innovación hacia el bien común.

El futuro de la salud global no puede pensarse sin considerar la reconfiguración del poder mundial y el impacto de las nuevas tecnologías. La primera mitad del siglo XXI ha mostrado que los equilibrios geopolíticos son frágiles: la multipolaridad emergente, las tensiones comerciales y las crisis ambientales han puesto en evidencia que la salud es un terreno de disputa entre intereses corporativos, Estados y comunidades.

En este escenario, la *inteligencia artificial (IA)* aparece como un factor disruptivo. Su capacidad para procesar grandes volúmenes de datos, apoyar diagnósticos y gestionar sistemas sanitarios abre oportunidades inéditas, pero

también riesgos de dependencia tecnológica y concentración de poder. La *UNESCO* ha advertido que la IA debe regirse por principios de transparencia, equidad y respeto a los derechos humanos, evitando que los algoritmos reproduzcan desigualdades o discriminen a poblaciones vulnerables.¹³⁵

La *Unión Europea*, con su *Artificial Intelligence Act*, ha dado un paso normativo importante al establecer marcos regulatorios que buscan proteger derechos fundamentales frente a los riesgos de la IA.¹³⁶ Este tipo de iniciativas muestran que la gobernanza tecnológica es inseparable de la justicia social y de la protección de la vida.

El *Foro Económico Mundial* ha señalado que la IA está reconfigurando el trabajo, la educación y la salud, y que su impacto puede profundizar desigualdades si no se regula adecuadamente.¹³⁷ En el campo sanitario, la dependencia de plataformas digitales y de corporaciones tecnológicas plantea un dilema: ¿la innovación será un bien común o un instrumento de control?

La prospectiva nos obliga a pensar en escenarios posibles:

- *Concentración de poder*: corporaciones tecnológicas y farmacéuticas dominan la innovación, subordinando la salud a intereses de mercado.
- *Gobernanza ética*: marcos normativos globales garantizan que la IA se use para ampliar derechos y reducir desigualdades.
- *Resiliencia territorial*: países y comunidades fortalecen capacidades locales, integrando la IA en sistemas públicos con soberanía tecnológica.

En síntesis, la reconfiguración del poder global y el avance de la inteligencia artificial nos colocan frente a un dilema histórico. La salud puede convertirse en un campo de control corporativo o en un espacio emancipador donde la tecnología se oriente al bien común. El desenlace dependerá de la capacidad de los pueblos y de las instituciones para colocar los derechos humanos en el centro de la innovación. La defensa de la dignidad y la equidad exige instituciones capaces de articular justicia social con innovación responsable, donde la IA y el mercado operen bajo el primado de los derechos.

Este dilema histórico no se limita al ámbito tecnológico o institucional, sino que se encuentra atravesado por los *determinantes internacionales* que configuran las condiciones de salud en los pueblos. Las dinámicas del comercio global, la regulación ambiental, los flujos migratorios, los conflictos armados y

las políticas de cooperación multilateral inciden directamente en la posibilidad de que la salud se convierta en un campo de emancipación o de control corporativo. Analizar estos determinantes permite comprender cómo las fuerzas externas moldean las capacidades nacionales y regionales, y cómo la soberanía sanitaria, las políticas emancipatorias y los derechos humanos deben situarse en diálogo con las estructuras globales de poder.

Determinantes internacionales de la salud

La salud global no puede comprenderse sin atender a los grandes determinantes internacionales de la salud que atraviesan las sociedades y que, en muchos casos, se imponen desde estructuras de poder externas. El comercio, la ciencia y la tecnología, la cooperación internacional, la cultura y la religión son fuerzas que moldean los sistemas sanitarios y condicionan la vida de millones de personas. Analizarlos permite identificar cómo se configuran las desigualdades y, al mismo tiempo, cuáles son las oportunidades para construir políticas emancipadoras. Comprender estos determinantes internacionales de la salud nos introduce en un pensamiento complejo, que revela la dificultad de lograr transformaciones locales sin considerar el peso de las dinámicas globales en nuestras vidas. En este sentido, resulta imprescindible interrogar el significado de las guerras que se desatan en distintos territorios y los intereses que las sostienen, para pensar alternativas emancipadoras capaces de colocar la dignidad y la justicia social en el centro de la acción internacional.

Como se precisó en la introducción, este capítulo habla de determinantes *internacionales de la salud* diferenciándose del enfoque causalista del modelo de la OPS/OMS, y para inscribirse en la tradición de la determinación social de la salud.

Modelos de desarrollo

Para comprender los determinantes internacionales de la salud, es necesario iniciar con el análisis del *modelo de desarrollo*, pues en él se condensan las tensiones entre mercado global, soberanía sanitaria y derechos humanos. Los patrones de orden económico, la orientación de la innovación tecnológica y las reglas de los modelos de desarrollo no son neutrales: definen quién accede a los bienes esenciales y quién queda excluido. Define quién y cómo se acumula y se

redistribuye el capital. En este sentido, el modelo de desarrollo vigente se convierte en un factor decisivo para evaluar si la salud y las medidas de protección y bienestar social se configura como un campo de control corporativo o como un espacio emancipador. Examinarlo en clave internacional permite identificar cómo las políticas emancipatorias pueden disputar las lógicas de acumulación y abrir caminos hacia un desarrollo centrado en la dignidad, la equidad y el bien común.

Los modelos de desarrollo han sido, históricamente, una de las fuerzas más influyentes en la configuración de la salud pública. No se trata solo de estructuras económicas, sino de proyectos políticos y sociales que definen cómo se distribuyen los recursos, qué prioridades se establecen y qué poblaciones quedan protegidas o excluidas.

En el siglo XX, los modelos asistenciales y biomédicos se consolidaron bajo la influencia de la industria farmacéutica y de organismos financieros internacionales. Estos enfoques privilegiaron la atención hospitalaria y los programas verticales, dejando de lado las causas estructurales de la enfermedad y por lo tanto la actuación sobre los determinantes y la determinación social. La salud se subordinó a la lógica del crecimiento económico y a la acumulación de riqueza, generando desigualdades profundas.¹³⁸

La transición hacia el siglo XXI mostró un escenario más complejo. La globalización, los tratados de libre comercio y la expansión de corporaciones transnacionales reforzaron la idea de que la salud y la educación podía ser tratada como mercancía. Sin embargo, al mismo tiempo emergieron modelos alternativos que reivindican la salud como derecho humano y bien común, vinculándola con justicia social, equidad y sostenibilidad.¹³⁹

Los modelos de desarrollo han marcado de manera decisiva la forma en que las sociedades conciben y gestionan la salud, la educación y los derechos humanos. Cada paradigma refleja una determinada relación entre Estado, mercado y ciudadanía, y condiciona tanto las oportunidades de inclusión como las dinámicas de exclusión. La tabla 3 sintetiza cuatro modelos –asistencialista, neoliberal/mercantilizado, universalista/solidario y sostenible/resiliente–, mostrando sus características principales y los impactos diferenciados que generan en tres dimensiones clave. Este ejercicio comparativo permite observar cómo las políticas sanitarias y educativas se han transformado en función de las lógicas de poder y cómo la noción de derechos ha transitado desde beneficios otorgados hasta exigencias universales. Analizar

estos modelos en perspectiva histórica e internacional ofrece claves para comprender las tensiones actuales y para proyectar alternativas emancipadoras que articulen justicia social, equidad ambiental y dignidad humana.

Tabla 3. Modelos de desarrollo y sus impactos en salud, educación y derechos humanos

Modelo de desarrollo	Características principales	Impacto en salud	Impacto en educación	Impacto en derechos humanos
Asistencialista (siglo XX)	Programas verticales, enfoque biomédico, dependencia de financiamiento externo.	Atención hospitalaria limitada, énfasis en curar más que prevenir.	Educación sanitaria restringida a campañas puntuales.	Derechos concebidos como beneficios otorgados, no como exigibles.
Neoliberal/mercantilizado	Privatización, ajuste estructural, subordinación a mercado global.	Fragmentación de sistemas, exclusión de poblaciones vulnerables.	Educación desigual, acceso condicionado por ingresos.	Derechos debilitados frente a intereses corporativos.
Universalista/solidario	Cobertura universal, participación comunitaria, enfoque en equidad.	Atención primaria fortalecida, prevención y promoción.	Educación como motor de inclusión y desarrollo.	Derechos reconocidos como universales y exigibles.
Sostenible/resiliente (Agenda 2030)	Vincula salud con sostenibilidad, justicia ambiental y resiliencia territorial.	Salud como derecho ligado al ambiente sano y a la equidad global.	Educación como base del desarrollo sostenible.	Derechos humanos integrados en metas globales de justicia y paz.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA

Cada modelo de desarrollo refleja una forma distinta de entender la salud:

- El *asistencialismo* respondió a necesidades inmediatas, pero dejó intactas las causas estructurales de la desigualdad.

- El *neoliberalismo* profundizó la mercantilización, debilitando la capacidad de los Estados para garantizar derechos.
- Los modelos *universalistas* y *solidarios* mostraron que es posible construir sistemas más equitativos, aunque enfrentan presiones financieras y políticas.
- La *Agenda 2030* propone un horizonte sostenible, pero su implementación depende de la voluntad política y de la capacidad de resistir la captura corporativa.

Esta evolución histórica muestra que la soberanía sanitaria solo puede consolidarse en marcos de desarrollo que prioricen la justicia social y la sostenibilidad ambiental; que las políticas emancipatorias requieren disputar las lógicas mercantilizadas del neoliberalismo; y que los derechos humanos deben ser reconocidos como universales y exigibles, no como concesiones. Los modelos de desarrollo son determinantes internacionales que condicionan la posibilidad de avanzar hacia un futuro donde la salud, la educación y la dignidad humana se articulen como pilares de un proyecto emancipador. El inicio del 2026 marca una ruptura y pareciera que se está abriendo una era del neoimperialismo y de lucha por la reconquista de grandes regiones según intereses imperiales que afectan flujos migratorios, comerciales y generan nuevos procesos migratorios y presiones a los precios de combustibles, con incremento de gasto en la guerra.

Métodos e instrumentos para medir niveles de desarrollo

La inclusión de indicadores en este apartado ofrece un marco de referencia que permita comprender cómo los países son medidos en su desarrollo y cuáles son las implicaciones de esas métricas en la salud, la educación y los derechos humanos. Más que cifras aisladas, los indicadores reflejan las prioridades de los modelos de desarrollo y evidencian las políticas que pueden abrir o cerrar caminos hacia mayor libertad, equidad, reducción de la pobreza y protección de la vida. En este sentido, su análisis funciona como un puente metodológico que conecta la dimensión técnica de la medición con la reflexión política y emancipadora, mostrando que detrás de cada indicador se encuentra una visión de sociedad y de futuro.

La medición del desarrollo ha sido un desafío constante en la historia contemporánea. Los indicadores tradicionales, centrados en el crecimiento económico, han mostrado limitaciones para reflejar la complejidad del bienestar humano. Por ello, se han diseñado métodos e instrumentos que buscan integrar dimensiones sociales, culturales y sanitarias, articulando el desarrollo con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos.

Principales instrumentos

- *Producto Interno Bruto (PIB)*: indicador clásico del crecimiento económico, útil para medir producción, pero insuficiente para reflejar equidad y bienestar.¹⁴⁰
- *Índice de Desarrollo Humano (IDH)*: creado por el PNUD en 1990, combina esperanza de vida, educación e ingreso, ampliando la mirada hacia el bienestar integral.¹⁴¹
- *Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)*: mide privaciones simultáneas en salud, educación y nivel de vida, mostrando desigualdades invisibles en el PIB.¹⁴²
- *Indicadores de salud pública*: esperanza de vida, mortalidad infantil, acceso a agua potable y cobertura de vacunación, que reflejan directamente la capacidad de los sistemas para proteger la vida.¹⁴³
- *Índices de desigualdad y equidad*: como el coeficiente de Gini y los indicadores de género, que permiten evaluar la distribución de recursos y oportunidades.¹⁴⁴
- *Indicadores ambientales y de sostenibilidad*: huella ecológica, emisiones de carbono y acceso a energías limpias, que vinculan desarrollo con sostenibilidad y justicia intergeneracional.¹⁴⁵

Los métodos de medición del desarrollo han evolucionado desde una visión centrada en la economía hacia una perspectiva multidimensional que integra salud, educación, equidad y sostenibilidad. El cruce con políticas emancipadoras y soberanía sanitaria muestra que los indicadores más útiles son los que visibilizan desigualdades, orientan políticas inclusivas y garantizan

derechos humanos. Medir el desarrollo no es solo cuantificar riqueza, sino evaluar la capacidad de las sociedades para proteger la vida, reducir brechas y construir resiliencia — y solo a través de políticas emancipatorias es posible transformar esas métricas en instrumentos de justicia social y dignidad humana.

La tabla 4 sintetiza algunos de estos enfoques, mostrando cómo los indicadores internacionales se convierten en herramientas que, más allá de su carácter estadístico, condicionan las políticas públicas y revelan las tensiones entre modelos de desarrollo.

Tabla 4. Métodos e instrumentos para medir niveles de desarrollo

Instrumento	Dimensión principal	Limitaciones	Potencial emancipador
PIB	Producción económica	No refleja equidad ni bienestar social.	Útil para análisis macroeconómico, pero requiere complementos sociales.
IDH (PNUD)	Salud, educación, ingreso	No capta desigualdades internas ni sostenibilidad.	Integra derechos básicos como educación y salud.
IPM	Privaciones múltiples	Complejidad metodológica, depende de datos locales.	Visibiliza desigualdades ocultas y orienta políticas focalizadas.
Indicadores de salud pública	Esperanza de vida, mortalidad, cobertura	Pueden ser afectados por crisis coyunturales.	Reflejan soberanía sanitaria y capacidad estatal.
Índices de desigualdad (Gini, género)	Distribución de recursos y oportunidades	No captan calidad de servicios ni resiliencia.	Orientan políticas de equidad y justicia social.
Indicadores ambientales	Sostenibilidad y resiliencia	Requieren cooperación internacional y datos robustos.	Vinculan desarrollo con justicia intergeneracional y derecho a un ambiente sano.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA.

Experiencias de sistemas de salud comparadas por regiones

Para avanzar en el análisis comparado de los sistemas de salud, resulta más pertinente organizar las experiencias internacionales a partir de los *modelos de desarrollo* identificados previamente: asistencialista, neoliberal/mercantilizado, universalista/solidario y sostenible/resiliente. Esta clasificación permite observar cómo cada país y región ha configurado sus políticas sanitarias, educativas y de derechos humanos en función de un paradigma de desarrollo específico, con fortalezas y debilidades que se expresan en la vida cotidiana de sus poblaciones.

El análisis se estructura en tres pasos: primero, la *Región de las Américas*, con los casos de Estados Unidos, Brasil, Chile, Costa Rica y Colombia; segundo, *Europa*, con Inglaterra, España y Alemania; y tercero, *Asia*, con China y Japón. En cada país se identificará el modelo predominante, sus principales características, así como las fortalezas y debilidades de su sistema de salud. Esta organización comparativa permite reconocer patrones comunes y diferencias significativas, y ofrece claves para comprender cómo los modelos de desarrollo condicionan la capacidad de los Estados para garantizar soberanía sanitaria, impulsar políticas emancipatorias y proteger los derechos humanos.

Tabla 5. Sistemas de salud comparados por región: modelos, fortalezas y debilidades

Región	País	Modelo	Fortalezas	Debilidades
Américas	Estados Unidos	Neoliberal/mercantilizado	Innovación tecnológica, investigación biomédica de punta	Exclusión de poblaciones vulnerables, altos costos, fragmentación del sistema
	Brasil	Universalista/solidario (SUS)	Cobertura amplia, atención primaria fortalecida, participación comunitaria	Subfinanciamiento, desigualdades regionales, presión del sector privado y fuerte componente de salud complementaria (vía contribuciones del sector empresario/trabajadores)

	Chile	Mixto público (FONASA) y privado (ISAPRES), no solidario	Red hospitalaria moderna, programas focalizados	Segmentación entre público y privado, inequidad en acceso
	Costa Rica	Universalista/solidario	Sistema integrado, énfasis en prevención, altos indicadores de salud	Presión financiera, dependencia de recursos fiscales
	Colombia	Neoliberal/mercantilizado con intermediación financiera	Cobertura formal amplia, marco legal de derechos	Fragmentación, inequidad territorial, judicialización del acceso
Europa	Inglaterra (Reino Unido)	Universalista/solidario (NHS)	Cobertura universal, atención primaria consolidada	Presión presupuestal, tiempos de espera prolongados
	España	Universalista/solidario	Sistema público fuerte, equidad en acceso	Tensiones autonómicas, recortes en crisis económicas
	Alemania	Universalista/solidario (seguro social)	Cobertura amplia, financiamiento mixto estable	Complejidad administrativa, costos elevados
Asia	China	Transición de asistencialista a sostenible/resiliente	Expansión de cobertura, inversión en innovación tecnológica	Desigualdades urbano-rurales, envejecimiento poblacional acelerado
	Japón	Universalista/solidario con enfoque sostenible	Cobertura universal, énfasis en prevención y longevidad saludable	Presión demográfica por envejecimiento, costos crecientes
Rusia	Rusia (URSS y etapa actual)	Asistencialista (URSS) → transición a neoliberal/mercantilizado con elementos públicos	Tradición de cobertura estatal, infraestructura heredada	Deterioro postsoviético, inequidad regional, dependencia de financiamiento público limitado

Fuente: Elaboración propia, con apoyo de la IA.

Cruce analítico de los modelos de desarrollo con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos

El análisis comparativo de los modelos de desarrollo y de sus impactos en salud, educación y derechos humanos permite dar un paso más: establecer un cruce analítico entre dichos modelos y los tres ejes centrales de este capítulo –políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos–. Este ejercicio busca mostrar que los paradigmas asistencialistas, neoliberal/mercantilizado, universalista/solidario y sostenible/resiliente no son meras categorías descriptivas, sino marcos que condicionan la posibilidad de avanzar hacia sociedades más libres, equitativas y protectoras de la vida. Al poner en diálogo los modelos con los ejes, se evidencian las tensiones entre control corporativo y emancipación social, así como las oportunidades para construir políticas que fortalezcan la soberanía sanitaria y reconozcan los derechos humanos como universales y exigibles. De esta manera, el cruce analítico se convierte en un puente entre la reflexión histórica y comparativa y la proyección de alternativas emancipadoras para el futuro.

Modelos de desarrollo y su articulación con la salud

- *Estados de bienestar y sistemas universales*: en Europa y algunos países de América Latina, han demostrado que la inversión en protección social y salud pública correlaciona con mayor longevidad y menor desigualdad.¹⁴⁶
- *Desarrollo exportador y urbano-industrial*: en Asia, impulsó la salida masiva de la pobreza y avances educativos, aunque con retos ambientales y de salud urbana.¹⁴⁷
- *Economías con alta informalidad y fragilidad institucional*: en América Latina y África, muestran mejoras más lentas y vulnerables a choques, evidenciando la importancia de gobernanza, resiliencia y protección social.¹⁴⁸
- *Modelos neoliberales y de mercado abierto*: han generado crecimiento económico, pero también profundizado desigualdades y debilitado la capacidad estatal para garantizar derechos básicos.¹⁴⁹

Tabla 6. Cruce analítico de modelos de desarrollo con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos

Modelo de desarrollo	Políticas emancipadoras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
Estado de bienestar/sistemas universales	Expansión de protección social, educación y salud pública.	Producción y regulación nacional de medicamentos y servicios.	Reducción de desigualdades, acceso universal.
Exportador/ urbano-industrial (Asia)	Inclusión educativa y salida masiva de la pobreza.	Innovación tecnológica con dependencia parcial de importaciones.	Avances en equidad, retos ambientales y urbanos.
Alta informalidad/ fragilidad institucional (ALC, África)	Programas focalizados y cooperación internacional.	Dependencia tecnológica y vulnerabilidad frente a crisis.	Brechas persistentes en acceso y calidad.
Neoliberal/ mercado Abierto	Liberalización económica con limitaciones en equidad.	Privatización de servicios, debilitamiento estatal.	Derechos sociales fragmentados, desigualdad creciente.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA.

Como se puede observar en esta tabla:

- El *modelo asistencialista* muestra avances iniciales, pero con limitaciones estructurales que impiden emancipación plena.
- El *modelo neoliberal* evidencia cómo la mercantilización debilita tanto la soberanía sanitaria como la vigencia de los derechos.
- El *modelo universalista* constituye un referente de políticas emancipadoras y de reconocimiento pleno de derechos.

El cruce analítico entre los modelos de desarrollo y los tres ejes centrales revela que cada paradigma no solo organiza la provisión de servicios, sino que define las posibilidades de emancipación social: el modelo sostenible/resiliente, además de los tres anteriores, abre un horizonte de integración entre justicia social, ambiental y territorial. En algunos países se da la confrontación entre estos modelos y aquellos que buscan alta rentabilidad financiera con la salud,

la educación y la protección social. La lección es clara: el desarrollo sostenible requiere sistemas universales, protección social y gobernanza transparente, articulados con una visión emancipadora que coloque la vida y la dignidad en el centro.

Comercio y mercado global

Corresponde ahora abordar el *segundo campo internacional de la salud*, el comercial, con incidencia en la equidad, la protección de la vida y la capacidad de los Estados para garantizar derechos universales. La relevancia de este tema ha sido destacada en publicaciones recientes, como el *Informe de la Reunión Regional sobre Determinantes Comerciales de la Salud en la Región de las Américas*,¹⁵⁰ que subraya la necesidad de analizar críticamente la influencia de los intereses comerciales en las políticas públicas de salud.

El comercio internacional es uno de los factores más poderosos que condicionan la salud global. Las industrias alimentaria, farmacéutica, armamentista y energética moldean los patrones de enfermedad, las políticas públicas y la capacidad de los Estados para garantizar derechos. El mercado, en este sentido, no es neutral: puede ser motor de bienestar si se regula con justicia, pero también puede profundizar desigualdades cuando se subordina a intereses corporativos. La expansión del “complejo médico industrial” evidencia cómo la orientación al tratamiento y la acumulación de capital puede desplazar inversión en prevención, detección temprana y promoción de salud, con efectos estructurales sobre sistemas sanitarios. La industria petrolera, por su peso económico y ambiental, vincula comercio-energía-cambio climático, afectando ecosistemas y salud con externalidades que requieren regulación robusta e inversión en transición energética.

Métodos e instrumentos de regulación del comercio en salud

El comercio internacional, como vimos, puede ser fuente de inequidades y riesgos para la salud. Sin embargo, también ha generado respuestas normativas y políticas que buscan limitar el poder corporativo y proteger el bien común. Estos métodos de regulación son diversos: tratados internacionales, impuestos saludables, marcos normativos ambientales, mecanismos de cooperación multilateral y políticas nacionales de soberanía sanitaria.

La OMS inauguró un camino con el *Convenio Marco para el Control del Tabaco*,¹⁵¹ el primer tratado internacional de salud pública, que reguló la publicidad, el comercio y el consumo de tabaco. La OPS sistematizó experiencias de impuestos saludables en América Latina,¹⁵² mostrando cómo la fiscalidad puede ser un instrumento de equidad. El IPCC vinculó la regulación energética con la protección de la salud ambiental,¹⁵³ mientras el SIPRI subrayó la necesidad de regular el comercio de armas para prevenir daños humanitarios.¹⁵⁴

Estos instrumentos muestran que la regulación no es solo técnica: es política y ética. Se trata de disputar el poder del mercado y colocar la salud en el terreno de los derechos humanos.

El análisis de los determinantes comerciales de la salud exige observar cómo los distintos métodos de regulación del comercio impactan directamente en la capacidad de los Estados para proteger la vida y garantizar derechos. Recientes publicaciones sobre determinantes comerciales a la salud han subrayado la urgencia de abordar estas dinámicas en clave de soberanía sanitaria y justicia social.¹⁵⁵ En este contexto, la tabla 6 presenta los principales métodos de regulación del comercio y los vincula con tres ejes fundamentales: las *políticas emancipadoras*, que buscan liberar a las poblaciones de la dependencia corporativa; la *soberanía sanitaria*, que fortalece la capacidad de los Estados para decidir en función de la salud pública; y los *derechos humanos*, que deben ser reconocidos como universales y exigibles frente a las presiones del mercado.

El comercio internacional no solo se expresa en bienes y servicios tradicionales, sino también en ámbitos que inciden directamente en la salud y en la vida cotidiana de las poblaciones. La regulación de productos, prácticas y entornos vinculados al comercio se convierte en un determinante crítico de la salud, con implicaciones directas para las políticas emancipadoras, la soberanía sanitaria y la vigencia de los derechos humanos. Publicaciones recientes, como el *Informe de la Reunión Regional sobre Determinantes Comerciales de la Salud en la Región de las Américas*,¹⁵⁶ han subrayado la necesidad de ampliar el análisis hacia dimensiones que trascienden los mercados farmacéuticos o alimentarios. En este sentido, la tabla 8 sintetiza estos impactos en los sectores alimentario, farmacéutico, armamentista y energético.

Tabla 7. Métodos de regulación del comercio y su relación con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos

Instrumento / Método	Ejemplo	Políticas emancipado ras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
Tratados internaciona les	Convenio Marco para el Control del Tabaco. ¹⁵⁷	Regulación frente a intereses corporativos; protección del bien común.	Refuerza capacidad estatal de normar consumo nocivo.	Derecho a la salud frente a productos dañosos.
Impuestos saludables	Experienci as en América Latina. ¹⁵⁸	Fiscalidad como herramienta de equidad; promoción de entornos saludables.	Producción local fortalecida frente a importacion es nocivas.	Derecho a información clara y a alimentación saludable.
Regulación Ambiental	Informe IPCC. ¹⁵⁹	Transición energética justa como estrategia emancipador a.	Autonomía energética con enfoque territorial.	Derecho a un ambiente sano y protección intergeneracion al.
Control de comercio de armas	SIPRI. ¹⁶⁰	Regulación ética frente a intereses geopolíticos.	Defensa de territorios frente a daños humanitari os.	Prevención de violaciones a derechos humanos en conflictos.
Políticas nacionales de soberanía sanitaria	Plan de Soberanía Sanitaria en Colombia. ¹⁶¹	Fortalecimien to de producción local y reducción de dependencia	Recuperaci ón de autonomía en medicament os y vacunas.	Acceso equitativo como derecho exigible.

Fuente: Elaboración propia con apoyo IA.

Tabla 8. Comercio internacional y sus impactos en salud, políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos

Sector industrial	Impacto en salud	Políticas emancipadoras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
Alimentaria	Incremento de enfermedades no transmisibles por consumo de ultraprocesados.	Impuestos saludables y etiquetado claro para limitar poder corporativo. ¹⁶²	Promoción de producción local sostenible y regulación de importaciones nocivas.	Derecho a información clara y a una alimentación saludable.
Farmacéutica / complejo médico-industrial	Medicalización excesiva y dependencia tecnológica.	Crítica a la captura de valor en tratamientos; impulso a prevención y promoción. ¹⁶³	Fortalecimiento de capacidades locales en producción de medicamentos y vacunas.	Acceso equitativo a tecnologías sanitarias como derecho exigible.
Armamentista	Conflictos armados generan crisis humanitarias y sanitarias.	Regulación ética y debida diligencia frente a intereses geopolíticos. ¹⁶⁴	Defensa de territorios frente a daños humanitarios y sanitarios.	Prevención de violaciones a derechos humanos en contextos de guerra.
Energética (petróleo y cambio climático)	Contaminación y crisis climática afectan salud ambiental y territorial.	Transición energética justa como estrategia emancipadora. ¹⁶⁵	Autonomía energética con enfoque territorial.	Derecho a un ambiente sano y protección intergeneracional.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA

El comercio internacional revela la tensión entre mercado y derechos.

- La *industria alimentaria* muestra cómo los intereses corporativos pueden dañar la salud, pero también cómo las políticas emancipadoras –como impuestos saludables y etiquetado– pueden recuperar soberanía y proteger derechos.

- El *complejo médico-industrial* evidencia la dependencia tecnológica, pero también la posibilidad de fortalecer capacidades locales y garantizar acceso equitativo.
- La *industria armamentista* expone los costos humanos de los conflictos, recordando que la salud no puede desvincularse de la paz y de la protección de la vida.
- La *industria energética* conecta salud con ambiente, mostrando que la transición justa es condición para la dignidad intergeneracional.

El comercio también incide en la salud a través de sectores menos evidentes, como la actividad física y el uso de espacios públicos, la planificación urbana, la seguridad vial y los estándares del *Codex Alimentarius*: decisiones regulatorias que configuran entornos más o menos seguros, equitativos y saludables para la vida cotidiana. En estos determinantes internacionales de la salud se repite la misma disputa ya señalada entre intereses corporativos y bien común, donde la capacidad de los Estados y las comunidades de regular estos entornos es, también, una forma de soberanía sanitaria y de garantía de derechos.

Los determinantes comerciales de la salud (DCS), están relacionados directamente con los determinantes sociales de la salud (DSS) y con las desigualdades estructurales. América Latina y el Caribe enfrentan una “trampa de bajo crecimiento y alta desigualdad”, lo que fortalece el poder de las élites y limita la capacidad regulatoria de los Estados. Esto implica analizar la influencia del sector privado en salud. La pandemia de COVID-19 mostró la importancia de la cooperación con el sector privado, pero también las tensiones y riesgos de captura corporativa. Se subraya la necesidad de fortalecer la capacidad estatal, el rol de los ciudadanos con sus familias y la participación social. La experiencia de Colombia y la tensa relación con el sector probado por el manejo de los recursos financieros del sector muestran los conflictos de interés que deben resolverse para limitar los conflictos de interés y la corrupción en el manejo de los recursos públicos. Es necesario avanzar en los enfoques sociohistóricos, la teoría de la complejidad y la crítica a la expropiación Norte-Sur, enriqueciendo el debate global sobre los DCS. La evidencia publicada es aún escasa y centrada en Enfermedades No Transmisibles (ENT) y factores de riesgo individuales, sin abarcar plenamente temas como extractivismo, privatización de bienes comunes o impactos ambientales.¹⁶⁶

Recomendaciones

- Se reconoce su papel central en la defensa de la salud pública y en la construcción de alternativas frente al poder corporativo.
- Destacar cómo las alianzas público-privadas pueden ser útiles, pero también riesgosas si no hay regulación fuerte y participación social.
- *Integrar perspectivas críticas:* incorporar aportes de la salud colectiva, la medicina social y la epidemiología crítica, que diferencian entre *determinación* y *determinantes*.
- *Rescatar lo sociohistórico:* subrayar la herencia colonial y el extractivismo como factores que moldean los DCS en la región.
- *Fortalecer la soberanía sanitaria:* recomendar políticas que reduzcan la dependencia de intereses corporativos y promuevan la participación ciudadana y comunitaria.
- *Impulsar investigación regional:* señalar la necesidad de ampliar la agenda científica sobre DCS, incluyendo estudios sobre culturas locales, impactos ambientales y desigualdades estructurales.

En síntesis, el documento enfatiza que los *determinantes comerciales de la salud son inseparables de las desigualdades sociales y del modelo económico vigente*, y que la región aporta una mirada crítica y emancipadora. El comercio es un campo internacional que puede ser regulado en clave emancipadora. La soberanía sanitaria y los derechos humanos son los marcos que permiten transformar la lógica del mercado en políticas orientadas al bien común.

Ciencia y tecnología como campo internacional de la salud

Corresponde avanzar hacia el *tercer campo internacional de la salud: la ciencia y la tecnología*, cuya capacidad de acceder, producir y regular tecnologías sanitarias resulta decisiva para la soberanía sanitaria y los derechos humanos universales. La orientación de la investigación y la innovación puede reforzar o desafiar las políticas emancipadoras, según se subordinen a intereses corporativos o se pongan al servicio del bien común.

La ciencia y la tecnología han sido motores de transformación en la salud global. Han permitido avances extraordinarios –vacunas, antibióticos,

telemedicina, inteligencia artificial–, pero también han generado nuevas dependencias y desigualdades. En un mundo interconectado, la innovación no es neutral: puede democratizar el acceso o profundizar brechas, según cómo se regule y quién controle su desarrollo.

La OPS integró ciencia y tecnología como determinantes globales en su modelo conceptual de salud internacional, subrayando que la gobernanza tecnológica es inseparable de la justicia social.¹⁶⁷ La OMS con su *Estrategia global de salud digital*¹⁶⁸ y el informe sobre telemedicina¹⁶⁹ mostraron que la digitalización puede expandir servicios, pero también generar exclusiones si no se garantiza conectividad universal. La UNESCO advirtió que la inteligencia artificial debe regirse por principios éticos de transparencia y equidad,¹⁷⁰ mientras Hans Jonas recordó que toda innovación debe orientarse al bien común y a la protección de la vida.¹⁷¹

Admiramos los avances, como el caso del celular y las plataformas de las redes sociales, sin embargo, ya se advierte en estudios y cohortes el posible daño causado a la niñez y a la adolescencia reduciendo su autonomía y pensamiento crítico. Al igual, ya está ocurriendo la alerta sobre el poder que podría o significa la Inteligencia artificial, en donde el ser humano, podría quedar o sentirse “atrapado” (información personal monetizada) por estas plataformas, la mayoría privadas, en lo que hoy se llama el “tecno feudalismo digital” que seguramente tendrá que ser transformado en el tiempo.¹⁷²

Concepto de innovación como motor de equidad y riesgo de dependencia tecnológica

La innovación impulsa equidad cuando expande acceso efectivo a servicios esenciales (salud, educación, información), reduce costos y fortalece capacidades locales; pero también puede generar dependencia tecnológica, concentración de poder y captura corporativa si las transferencias son asimétricas o cerradas. El marco conceptual de salud internacional del Programa de Lideres de Salud Internacional (PLSI) integra ciencia, tecnología y gobernanza como determinantes que pueden habilitar soberanía sanitaria o profundizar desigualdades según reglas de acceso, propiedad intelectual y cooperación.¹⁷³

Métodos de regulación y gobernanza tecnológica

Los instrumentos de regulación buscan equilibrar innovación y justicia:

- Normas internacionales: la *Estrategia global de salud digital* establece principios para garantizar interoperabilidad y equidad.¹⁷⁴
- Marcos éticos: la *Recomendación sobre la ética de la IA* propone transparencia, no discriminación y protección de datos.¹⁷⁵
- Regulación regional: la *Artificial Intelligence Act* de la Unión Europea es pionera en establecer categorías de riesgo y obligaciones para proteger derechos fundamentales.¹⁷⁶
- Políticas nacionales: experiencias como la producción local de biotecnología en América Latina muestran que la soberanía tecnológica es parte de la soberanía sanitaria.¹⁷⁷

Tabla 9. Ciencia y tecnología: métodos de regulación y experiencias

Dimensión	Instrumento/ Experiencia	Políticas emancipadoras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
Marco conceptual internacional	Modelo conceptual de salud internacional. ¹⁷⁸	Integra C/T como determinante global; promueve cooperación ética.	Refuerza capacidades locales en producción y vigilancia.	Reconoce la salud como derecho frente a desigualdades tecnológicas.
Salud digital y telemedicina	Estrategia global y reporte sobre telemedicina. ¹⁷⁹	Democratización del acceso digital; reducción de brechas.	Fortalecimiento de sistemas nacionales interoperables.	Equidad en acceso a servicios digitales de salud.
Inteligencia artificial y ética	Recomendación sobre IA; ¹⁸⁰ <i>AI Act</i> . ¹⁸¹	Ciencia abierta y gobernanza ética de algoritmos.	Regulación nacional de IA aplicada a salud.	Transparencia, no discriminación y protección de datos.
Historia y filosofía de la tecnología	Jonas. <i>El principio de responsabilidad</i> . ¹⁸²	Ética de la técnica orientada al bien común.	Prevención de dependencia tecnológica.	Responsabilidad intergeneracio-

				nal en uso de C/T.
Innovación aplicada	Descubrimientos en fisiología del tacto y temperatura. ¹⁸³	Reconocimiento de ciencia como patrimonio colectivo.	Innovación aplicada a soberanía del conocimiento.	Avances científicos como derecho a la vida y salud.
Producción local y soberanía	Salud pública y soberanía sanitaria. ¹⁸⁴	Crítica al complejo médico-industrial y medicalización	Defensa de producción nacional de medicamentos y biotecnología	Acceso equitativo a tecnologías esenciales como derecho exigible.

Fuente: Elaboración propia, con apoyo de la IA.

Ciencia y tecnología: cruces con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos

La ciencia y la tecnología han sido motores de transformación social, pero también escenarios de desigualdad y dependencia. Su articulación con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos permite evaluar si la innovación se orienta hacia el bien común o si reproduce lógicas de exclusión.

Tabla 10. Cruce de ciencia y tecnología con políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos

Dimensión	Ejemplos	Riesgos	Potencial emancipador
Políticas emancipadoras ¹⁸⁵	Ciencia abierta, acceso a datos, innovación colaborativa.	Brechas digitales, concentración de patentes.	Democratización del conocimiento, inclusión de comunidades.
Soberanía sanitaria ¹⁸⁶	Producción local de vacunas y medicamentos (Brasil, Cuba).	Dependencia tecnológica, monopolios farmacéuticos.	Autonomía en salud, resiliencia frente a crisis.
Derechos humanos ^{187 188}	Regulación ética de IA, acceso equitativo a innovación.	Sesgos algorítmicos, exclusión digital.	Garantía de equidad, protección frente a discriminación.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA

El cruce entre ciencia, tecnología y políticas emancipadoras muestra que la innovación puede ampliar derechos y fortalecer la soberanía, o profundizar desigualdades. La clave está en orientar la ciencia hacia la equidad, regular la tecnología con criterios éticos y garantizar que cada avance se traduzca en acceso universal. La soberanía sanitaria depende de la capacidad de los países para producir y regular sus propias tecnologías, mientras que los derechos humanos aseguran que la innovación no se convierta en privilegio, sino en bien común.

Experiencias modernas: vacunas contra la COVID-19, telemedicina e inteligencia artificial

Las experiencias recientes en ciencia y tecnología muestran cómo la innovación puede convertirse en un campo de disputa entre la emancipación y la subordinación. La pandemia de COVID-19, el avance de la telemedicina y la expansión de la inteligencia artificial en salud son ejemplos que ilustran tanto oportunidades como riesgos.

Vacunas contra la COVID-19

La producción y distribución de vacunas contra la COVID-19 evidenció la tensión entre cooperación internacional y desigualdad.

- Iniciativas como *COVAX* buscaron garantizar acceso equitativo, pero la concentración de dosis en países de altos ingresos mostró las limitaciones de la gobernanza global.¹⁸⁹
- Experiencias de producción local en países como Cuba y Brasil demostraron que la *soberanía sanitaria* es clave para la resiliencia frente a crisis.¹⁹⁰
- El acceso desigual a vacunas reafirmó que la innovación debe ser regulada como bien público global, no como mercancía.¹⁹¹

Telemedicina

La telemedicina se expandió aceleradamente durante la pandemia, ofreciendo continuidad en la atención y reduciendo barreras geográficas.

- La *Estrategia global de salud digital* de la OMS reconoce su potencial para ampliar cobertura y equidad.¹⁹²
- Sin embargo, persisten riesgos: brechas digitales, falta de infraestructura y exclusión de poblaciones rurales o vulnerables.¹⁹³
- La telemedicina, cuando se integra en sistemas universales, puede ser una herramienta emancipadora que fortalece la soberanía sanitaria y garantiza derechos humanos.

Inteligencia artificial en salud

La inteligencia artificial (IA) se ha convertido en un instrumento de diagnóstico, gestión y predicción sanitaria.

- La *Recomendación sobre la ética de la IA* de la UNESCO¹⁹⁴ y la *Artificial Intelligence Act* de la Unión Europea¹⁹⁵ establecen marcos regulatorios para evitar sesgos y proteger derechos.
- La IA puede mejorar la eficiencia y precisión en salud, pero también plantea riesgos de exclusión si no se garantiza acceso equitativo y transparencia.¹⁹⁶
- Su potencial emancipador depende de que se oriente hacia la equidad, la protección de datos y la democratización del conocimiento.

Este campo internacional de la salud, ciencia y tecnología, se expresa en experiencias modernas que han transformado la manera en que los Estados, las comunidades y los sistemas sanitarios enfrentan los desafíos contemporáneos. Desde la biotecnología y la inteligencia artificial hasta la telemedicina y la investigación genómica, estas innovaciones no solo redefinen la práctica médica, sino que también plantean dilemas sobre equidad, acceso y soberanía. La *tabla 11* recoge ejemplos concretos de estas experiencias, mostrando cómo pueden convertirse en instrumentos de emancipación social cuando se orientan al bien común, o en mecanismos de dependencia y concentración de poder cuando se subordinan a intereses corporativos. Al vincularlas con los tres ejes políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y derechos humanos, se busca evidenciar que la ciencia y la tecnología son determinantes de la salud estratégicos donde se disputa el futuro de la salud y la justicia social.

Tabla 11. Experiencias modernas en ciencia y tecnología

Experiencia	Avances	Riesgos	Potencial emancipador
Vacunas contra la COVID-19	Desarrollo rápido, cooperación internacional, producción local en algunos países.	Concentración de dosis, desigualdad en acceso.	Soberanía sanitaria, vacunas como bienes públicos globales.
Telemedicina	Expansión de cobertura, continuidad en atención, reducción de barreras geográficas.	Brechas digitales, exclusión rural.	Equidad en acceso, fortalecimiento de sistemas universales.
Inteligencia artificial	Mejora diagnóstica, gestión eficiente, predicción sanitaria.	Sesgos algorítmicos, exclusión digital, riesgos de privacidad.	Regulación ética, democratización de innovación, protección de derechos.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA

Experiencias y casos

- Telemedicina en países de África y América Latina: permitió ampliar cobertura en zonas rurales, pero mostró que la falta de conectividad puede reproducir exclusiones.¹⁹⁷
- Producción local de vacunas en Brasil y Cuba: ejemplo de soberanía tecnológica aplicada a la salud, reduciendo dependencia de corporaciones globales.¹⁹⁸
- Regulación de IA en la Unión Europea:¹⁹⁹ pionera en establecer obligaciones para proteger derechos humanos frente a algoritmos de alto riesgo.
- Innovación comunitaria en México:²⁰⁰ experiencias de promoción de salud emancipadora que integran saberes locales con tecnología apropiada.

Recomendaciones estratégicas

El análisis de la ciencia y la tecnología como determinantes internacionales de la salud nos muestra que es necesario formular estrategias claras para orientar la innovación hacia el bien común. La soberanía sanitaria exige soberanía tecnológica, y ello implica diseñar políticas que reduzcan la dependencia, fortalezcan capacidades locales y garanticen que los avances científicos se traduzcan en derechos y no en privilegios. La sociedad civil juega un rol clave en procesos emancipadores y de decisión asertiva para redireccionar el consumo y uso de tecnologías en la vida de las familias y comunidades.

1. *Fortalecer la producción local de medicamentos y biotecnología*

- Impulsar laboratorios públicos y alianzas con universidades para reducir la dependencia de corporaciones globales.
- Experiencias como las de Brasil y Cuba muestran que la producción nacional puede garantizar acceso equitativo y resiliencia frente a crisis.²⁰¹

2. *Desarrollar marcos éticos y regulatorios para la inteligencia artificial y la salud digital*

- Implementar regulaciones como la Artificial Intelligence Act de la Unión Europea,²⁰² adaptadas a los contextos nacionales.

3. *Garantizar conectividad universal y equidad digital*

- La telemedicina y la salud digital solo serán emancipadoras si llegan a comunidades rurales y vulnerables. La Estrategia global de salud digital de la OMS subraya la necesidad de sistemas interoperables y accesibles.²⁰³

4. *Promover ciencia abierta y cooperación internacional en investigación*

- Fomentar redes de conocimiento compartido que reduzcan la concentración de patentes y democratizen el acceso a descubrimientos.
- Reconocer la ciencia como patrimonio colectivo, como lo ejemplifica el Nobel de Medicina al premiar descubrimientos aplicables a la vida cotidiana.²⁰⁴

5. Integrar la ética de la tecnología en la formación profesional y comunitaria

- Inspirados en Hans Jonas, es necesario que la educación en salud y tecnología incorpore la responsabilidad intergeneracional y la orientación al bien común.²⁰⁵

La revisión de experiencias modernas en ciencia y tecnología muestra que estos avances no son neutrales, sino que reflejan disputas sobre equidad, acceso y poder. La biotecnología, la inteligencia artificial, la telemedicina o la investigación genómica pueden convertirse en herramientas emancipadoras cuando se orientan al bien común, fortaleciendo la soberanía sanitaria y garantizando derechos universales; pero también pueden reproducir dependencias y concentrar beneficios en manos corporativas si se subordinan a intereses privados. En este sentido, la ciencia y la tecnología se configuran como un campo internacional de la salud que exige marcos regulatorios, cooperación solidaria y políticas públicas capaces de asegurar que la innovación se traduzca en justicia social y sostenibilidad. Así, la tabla 11 refuerza la idea de que el futuro de la salud depende de la capacidad de los Estados y las comunidades de disputar el sentido de la ciencia y la tecnología, alineándolas con la Agenda 2030 y con la defensa de la vida como derecho universal.

El análisis de las experiencias modernas en ciencia y tecnología permite derivar un conjunto de recomendaciones estratégicas orientadas a garantizar que la innovación se traduzca en equidad, soberanía y derechos universales. La *tabla 12* sintetiza estas propuestas, destacando acciones clave para orientar la investigación, la producción y la regulación tecnológica hacia el bien común. Se busca mostrar que la ciencia y la tecnología, lejos de ser neutrales, requieren marcos políticos y éticos que aseguren su contribución a políticas emancipadoras, fortalezcan la soberanía sanitaria y consoliden la vigencia de los derechos humanos en el escenario global.

Tabla 12. Recomendaciones estratégicas de ciencia y tecnología

Estrategia	Políticas emancipadoras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
Producción local de medicamentos	Autonomía frente a corporaciones; fortalecimiento de capacidades nacionales.	Reducción de dependencia tecnológica.	Acceso equitativo a medicamentos esenciales.
Regulación ética de IA	Transparencia y justicia algorítmica.	Control nacional de aplicaciones tecnológicas.	Protección de datos y no discriminación.
Conectividad universal	Inclusión digital como política pública.	Sistemas interoperables y resilientes.	Derecho a la salud garantizado mediante acceso digital.
Ciencia abierta y cooperación	Democratización del conocimiento.	Producción compartida y reducción de concentración de patentes.	Derecho a beneficiarse de avances científicos.
Educación ética en tecnología	Responsabilidad intergeneracional.	Prevención de dependencia tecnológica.	Protección de la vida como principio rector.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA

La ciencia y la tecnología son determinantes internacionales de la salud que condicionan la capacidad de los pueblos para garantizar salud y dignidad: pueden ser emancipadoras si se orientan al bien común, o mecanismo de subordinación si se dejan en manos del mercado. La soberanía sanitaria exige soberanía tecnológica —producir, regular y decidir desde los territorios, con justicia social y respeto a los derechos humanos—, en consonancia con la Agenda 2030 y con la capacidad de los Estados y las comunidades de disputar el sentido de la ciencia y la tecnología.

Cooperación internacional en salud: entre solidaridad y tensiones

Corresponde ahora abordar el *cuarto determinante internacional de la salud: la gobernanza global y la cooperación internacional*, pues las reglas, acuerdos y marcos institucionales que se establecen en el ámbito multilateral condicionan la capacidad de los Estados para garantizar la salud como derecho universal.

La cooperación internacional ha sido uno de los pilares de la salud global desde mediados del siglo XX. Sin embargo, su historia revela tanto avances emancipadores como tensiones derivadas de intereses políticos y económicos. La cooperación puede ser motor de justicia social o instrumento de mercantilización, según cómo se organice y quién la lidere.

Hitos históricos

- *Constitución de la OMS (1948)*: reconoció la salud como derecho fundamental y estableció un marco institucional para la cooperación multilateral. Fue el inicio de una arquitectura global que vinculó salud con paz y desarrollo.²⁰⁶
- *Declaración de Alma Ata (1978)*: proclamó la atención primaria de salud como estrategia universal, vinculando salud con justicia social y participación comunitaria. Representó un momento emancipador, donde la cooperación se entendía como solidaridad entre pueblos.²⁰⁷
- *Convenio Marco para el Control del Tabaco (2005)*: primer tratado internacional de salud pública, ejemplo de cómo la cooperación puede regular industrias nocivas y proteger el bien común.²⁰⁸
- *Agenda 2030 y ODS (2015)*: integraron la salud en un marco más amplio de sostenibilidad y equidad, proponiendo metas universales que vinculan bienestar con justicia ambiental y social.²⁰⁹

Nueva arquitectura de cooperación técnica

La pandemia de COVID-19 fue un punto de inflexión para la cooperación internacional en salud. Mostró tanto la capacidad de respuesta de organismos multilaterales como las limitaciones de un sistema marcado por desigualdades y dependencia tecnológica. En este contexto, la *ONU*, la *OMS* y la *OPS/OMS* han planteado la necesidad de una nueva arquitectura de cooperación técnica que sea más inclusiva, resiliente y orientada al bien común.

Posibles líneas estratégicas de cooperación técnica

1. *Reforzar la gobernanza multilateral*

- Fortalecer el papel de la OMS como coordinadora global, con mayor financiamiento estable y menos dependencia de aportes voluntarios condicionados.²¹⁰
- Promover mecanismos regionales de cooperación, como los impulsados por la OPS en América Latina, que integren capacidades locales y compartidas.²¹¹
- Impulsar la cooperación Sur-Sur y triangular
- Favorecer el intercambio horizontal de conocimientos y tecnologías entre países en desarrollo.
- Ejemplos recientes en América Latina muestran que la producción compartida de vacunas y medicamentos puede reducir la dependencia de corporaciones globales.²¹²

2. *Integrar la cooperación técnica con la soberanía sanitaria*

- La cooperación debe fortalecer la capacidad de los países para producir y regular sus propios insumos, evitando la subordinación a agendas externas.²¹³

3. *Vincular cooperación con justicia social y derechos humanos*

- La Agenda 2030 y los ODS ofrecen un marco para que la cooperación técnica se oriente a reducir desigualdades, garantizar acceso universal y proteger la vida como derecho fundamental.²¹⁴

Experiencias recientes

Las experiencias recientes de gobernanza global y cooperación internacional – como la respuesta coordinada frente a la pandemia de COVID-19, los debates sobre el tratado internacional de preparación ante pandemias en la OMS, o las negociaciones climáticas en el marco de la Conferencia de las partes (COP 28) muestran que la salud se ha consolidado como un bien público mundial cuya protección depende de acuerdos multilaterales legítimos y efectivos. Estas iniciativas evidencian que, cuando la cooperación se orienta hacia la solidaridad

y la equidad, se fortalecen las políticas emancipadoras, la soberanía sanitaria y la vigencia de los derechos humanos; pero también revelan las tensiones que surgen cuando prevalecen intereses corporativos o geopolíticos.

La cooperación internacional en salud constituye un campo estratégico donde se definen tanto avances significativos como tensiones persistentes. Los acuerdos multilaterales, las iniciativas regionales y las respuestas conjuntas frente a emergencias sanitarias han demostrado su potencial para fortalecer la equidad y la protección de la vida. Sin embargo, también han revelado limitaciones derivadas de asimetrías de poder, intereses corporativos y desigualdades en el acceso a recursos. La *tabla 14* presenta una síntesis de los principales impactos positivos de la cooperación internacional en salud, junto con las tensiones que emergen en su implementación, mostrando que este campo global es al mismo tiempo una oportunidad y un desafío para la construcción de políticas emancipadoras, la soberanía sanitaria y la garantía de derechos humanos universales.

Tabla 14. Cooperación internacional en salud: impactos y tensiones

Dimensión/Hito	Políticas emancipadoras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
OMS (1948)	Reconoce salud como derecho universal y bien común.	Establece normas globales que fortalecen sistemas nacionales.	Salud como derecho fundamental de todos los pueblos.
Alma Ata (1978)	Promueve cooperación solidaria y horizontal en APS.	Refuerza capacidades locales para campañas de vacunación.	Garantiza acceso equitativo a servicios esenciales.
Convenio Marco Tabaco (2005)	Ejemplo de regulación frente a intereses corporativos.	Fortalece soberanía regulatoria en salud pública.	Protege poblaciones frente a consumos nocivos.
Agenda 2030 (2015)	Integra salud con desarrollo sostenible y cooperación multilateral.	Refuerza capacidades nacionales alineadas con metas globales.	Universalidad y equidad como principios rectores.
Fondo Mundial (2023)	Modelo de cooperación multiactor y solidaria.	Moviliza recursos para fortalecer	Garantiza acceso a tratamientos

		sistemas nacionales.	salvando millones de vidas.
COVAX (2021)	Busca acceso equitativo a vacunas como bien público global.	Evidencia tensiones por dependencia de oferta externa.	Derecho a la salud vulnerado por desigualdades en distribución.
Cooperación Sur-Sur (OPS, 2021)	Promueve intercambio horizontal entre países en desarrollo.	Favorece producción compartida y autonomía regional.	Refuerza equidad mediante solidaridad entre pares.
Reformas pospandemia (Independent Panel, 2021)	Recomienda nueva arquitectura multilateral más inclusiva.	Propone fortalecer capacidades nacionales y regionales.	Universalidad y equidad como principios de preparación global.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA.

Las experiencias recientes de cooperación internacional en salud —desde Alma Ata y la Agenda 2030 hasta la respuesta global frente al COVID-19 y la creación del mecanismo COVAX— muestran tanto el potencial transformador de la acción conjunta como las tensiones que persisten en su implementación: han permitido ampliar el acceso a vacunas y fortalecer capacidades de respuesta, pero también han evidenciado desigualdades en la distribución de recursos y asimetrías de poder entre países. La pandemia reveló las fragilidades de la arquitectura multilateral y la necesidad de repensar la cooperación en clave emancipadora, traduciendo estas lecciones en compromisos vinculantes, gobernanza legítima y solidaridad efectiva.

Cultura y salud: diversidad, prácticas y tensiones

Más allá de los acuerdos multilaterales examinados en el determinante anterior, existe una fuerza aún más profunda que moldea la salud: la *cultura*, entendida como un sistema de valores, prácticas sociales y modos de vida que determinan cómo las comunidades entienden la enfermedad, buscan atención y construyen bienestar — incluidas las *culturas ancestrales*, cuyos saberes han sostenido históricamente la salud comunitaria. Así, el *quinto campo* internacional invita a explorar cómo la cultura se convierte en un campo

estratégico para la emancipación, la soberanía sanitaria y la garantía de derechos humanos.

Influencia cultural en la salud

- La antropología médica ha mostrado que las prácticas culturales determinan la percepción de la enfermedad y las formas de atención. *Kleinman* subrayó que pacientes y curadores actúan dentro de contextos culturales que definen significados y respuestas.²¹⁵
- *Helman* profundizó en cómo la cultura influye en la relación entre salud y enfermedad, destacando la necesidad de comprender la diversidad cultural para diseñar sistemas inclusivos.²¹⁶
- La OPS documentó experiencias de salud intercultural en América Latina, donde saberes locales se integran en sistemas nacionales, reconociendo la medicina tradicional como parte de la soberanía sanitaria.²¹⁷

Culturas protectoras y nocivas

- Estudios como el de *Buettner* sobre las “zonas azules” muestran que ciertas culturas promueven longevidad mediante dietas locales, vínculos comunitarios y espiritualidad.²¹⁸
- Por otro lado, culturas de consumo excesivo, violencia o degradación ambiental generan riesgos para la salud, mostrando que la cultura puede ser tanto protectora como nociva.
- La religión y la espiritualidad también juegan un papel ambivalente: *Koenig* evidenció efectos positivos en resiliencia y apoyo social, pero también tensiones en el acceso a servicios cuando ciertas creencias limitan prácticas médicas.²¹⁹

Cultura ancestral e influencia en la salud comunitaria

- *Comunidades afrodescendientes*: La tradición de la medicina popular afro, basada en hierbas, rituales y prácticas de cuidado colectivo, ha sido

un soporte fundamental para la resiliencia comunitaria. Estas prácticas fortalecen vínculos sociales y ofrecen alternativas frente a la exclusión de sistemas oficiales de salud.

- *Pueblos indígenas y etnias originarias*: Los saberes ancestrales sobre plantas medicinales, espiritualidad y equilibrio con la naturaleza constituyen un modelo de salud integral que articula cuerpo, territorio y comunidad. La OPS ha reconocido experiencias de salud intercultural donde estos saberes se integran en sistemas nacionales.²²⁰
- *Comunidades mestizas*: La mezcla cultural ha generado prácticas híbridas que combinan medicina tradicional con servicios biomédicos, mostrando la capacidad de adaptación y sincretismo. Este mestizaje cultural influye en la forma en que se perciben la enfermedad y la atención, creando puentes entre lo ancestral y lo moderno.
- *Dimensión protectora*: Estas culturas ancestrales promueven la salud a través de la alimentación local, la espiritualidad, la solidaridad intergeneracional y el respeto por el entorno, elementos que se relacionan con las “zonas azules” descritas por Buettner.²²¹
- *Dimensión de resistencia*: Frente a modelos hegemónicos, las culturas afrodescendientes, indígenas y mestizas han defendido su derecho a prácticas propias de cuidado, convirtiéndose en un componente de la soberanía sanitaria y de la identidad colectiva.

Métodos e instrumentos de cooperación cultural en salud

La integración de la cultura en la salud requiere instrumentos específicos:

- *Políticas de salud intercultural*: como las promovidas por la OPS, que reconocen saberes locales y prácticas comunitarias.
- *Educación intercultural*: programas que forman profesionales capaces de dialogar con diversidad cultural y respetar prácticas tradicionales.
- *Regulación ética*: marcos que garantizan que la diversidad cultural no sea motivo de discriminación en el acceso a servicios.

- *Investigación participativa*: metodologías que incluyen comunidades en la producción de conocimiento, reconociendo su papel como actores y no solo como objetos de estudio.

La cultura, entendida como sistema de valores, prácticas sociales y modos de vida, constituye un campo internacional de la salud que se expresa de manera singular en comunidades ancestrales, afrodescendientes, indígenas y mestizas. Sus saberes tradicionales, formas de organización y vínculos espirituales han sostenido históricamente la salud comunitaria, ofreciendo alternativas frente a modelos biomédicos hegemónicos. La *tabla 15* sintetiza ejemplos de cómo estas culturas influyen en la percepción de la enfermedad, en las prácticas de cuidado y en la construcción de bienestar colectivo, mostrando tanto su dimensión protectora –alimentación local, solidaridad intergeneracional, espiritualidad– como su papel de resistencia frente a la exclusión y la homogenización cultural. Al integrar estas experiencias, la tabla busca visibilizar que la salud no puede desvincularse de la cultura, y que reconocer las tradiciones ancestrales es clave para avanzar hacia políticas emancipadoras, soberanía sanitaria y garantía de derechos humanos universales.

Tabla 15. Cultura y salud: experiencias y métodos de integración

Dimensión	Ejemplo	Políticas emancipadoras	Soberanía sanitaria	Derechos humanos
Antropología médica	Kleinman. ²²² <i>Patients and healers in the context of culture.</i>	Reconocimiento de saberes locales y prácticas tradicionales.	Integración de medicina tradicional en sistemas nacionales.	Respeto a diversidad cultural en atención y acceso.
Diversidad cultural en salud	Helman. ²²³ <i>Culture, health and illness.</i>	Educación intercultural y diálogo de saberes.	Adaptación de servicios a contextos culturales.	No discriminación en servicios de salud.
Culturas protectoras	Buettner. ²²⁴ <i>The Blue Zones.</i>	Promoción de estilos de vida saludables basados en cultura comunitaria.	Fortalecimiento de dietas locales y prácticas sostenibles.	Derecho a ambientes y estilos de vida saludables.

Salud intercultural en América Latina	OPS. ²²⁵ <i>Salud intercultural: experiencias en América Latina.</i>	Reconocimiento de prácticas protectoras comunitarias.	Producción local de alimentos saludables.	Equidad en acceso a servicios culturalmente pertinentes.
Religión y espiritualidad	Koenig. ²²⁶ <i>Religion and health.</i>	Resiliencia y apoyo social como recursos comunitarios.	Integración de espiritualidad en prácticas de cuidado.	Derecho a libertad religiosa y respeto en atención sanitaria.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA

Reconocer la diversidad cultural es clave para construir políticas emancipadoras que fortalezcan la soberanía sanitaria y garanticen derechos humanos. La salud intercultural es una necesidad en sociedades plurales, donde la justicia social exige respetar y dialogar con las múltiples formas de entender la vida y el bienestar.

Reflexión: cultura emancipadora, cambios silenciosos y dilemas contemporáneos

La cultura no es un elemento accesorio en la salud, sino un determinante profundo que puede convertirse en fuerza emancipadora o en obstáculo para la equidad. En las últimas décadas, hemos visto cómo las prácticas culturales han generado *cambios silenciosos* en la manera en que las comunidades entienden la salud y construyen bienestar, muchas veces al margen de las políticas oficiales.

Cultura emancipadora

- La *salud colectiva latinoamericana* ha reivindicado la cultura como espacio de resistencia y emancipación, integrando saberes locales en la construcción de políticas públicas.²²⁷
- Experiencias de *salud intercultural* en países andinos muestran que reconocer la medicina tradicional fortalece la soberanía sanitaria y democratiza el acceso.²²⁸

- Las “zonas azules” descritas por *Buettner* son ejemplo de culturas protectoras que promueven longevidad mediante vínculos comunitarios, dietas locales y espiritualidad.²²⁹

Cambios silenciosos

- En muchas comunidades, prácticas cotidianas como el uso de plantas medicinales, la organización barrial o la espiritualidad compartida han generado transformaciones invisibles para los sistemas oficiales, pero decisivas para la salud.
- Estos cambios silenciosos muestran que la cultura actúa como un *determinante resiliente*, capaz de sostener la vida incluso en contextos de crisis o exclusión.
- La antropología médica, desde *Kleinman* y *Helman*, ha insistido en que comprender estos procesos es clave para diseñar políticas inclusivas.²³⁰

Dilemas contemporáneos

- La globalización cultural ha traído tensiones: por un lado, la homogeneización de consumos nocivos (ultraprocesados, alcohol, tabaco); por otro, la mercantilización de prácticas tradicionales convertidas en productos de mercado.
- La religión y la espiritualidad, como mostró *Koenig*, pueden ser fuentes de resiliencia y apoyo social, pero también generar dilemas cuando ciertas creencias limitan el acceso a servicios médicos.²³¹
- El desafío contemporáneo es doble: *proteger las culturas emancipadoras* que fortalecen la salud y *regular las prácticas nocivas* que la ponen en riesgo.

Las experiencias recogidas en la tabla 16 muestran que las culturas ancestrales, afrodescendientes, indígenas y mestizas no son únicamente expresiones identitarias, sino verdaderos determinantes de la salud: sus prácticas de cuidado, espiritualidad, alimentación local y vínculos comunitarios han sostenido históricamente la resiliencia y el bienestar frente a la homogenización

biomédica, aunque también revelan tensiones —la exclusión de saberes tradicionales, la invisibilización de prácticas comunitarias y la presión de modelos de consumo nocivos—. La tabla reúne así ejemplos de cómo la cultura puede ser tanto motor de emancipación como escenario de dilemas, mostrando que estos cambios silenciosos, muchas veces invisibles en las estadísticas, son claves para avanzar hacia sistemas de salud interculturales que integren lo ancestral con lo moderno.

Tabla 16. Cultura y salud: emancipación, cambios silenciosos y dilemas

Dimensión	Ejemplo	Impacto emancipador	Cambios silenciosos	Dilemas contemporáneos
Salud colectiva	Franco y Cardona. ²³²	Cultura como resistencia y emancipación.	Prácticas comunitarias invisibles para sistemas oficiales.	Tensiones con modelos biomédicos dominantes.
Salud intercultural	OPS. ²³³	Reconocimiento de medicina tradicional.	Integración de saberes locales en políticas públicas.	Riesgo de mercantilización de prácticas ancestrales.
Culturas protectoras	Buettner. ²³⁴ <i>Zonas azules.</i>	Promoción de longevidad mediante vínculos comunitarios.	Estilos de vida saludables sostenidos culturalmente.	Homogeneización cultural que erosiona prácticas locales.
Antropología médica	Kleinman; ²³⁵ Helman. ²³⁶	Comprensión de diversidad cultural en salud.	Cambios invisibles en percepción de enfermedad.	Dilemas en integración de saberes tradicionales.
Religión y espiritualidad	Koenig. ²³⁷	Resiliencia y apoyo social.	Prácticas espirituales que sostienen bienestar.	Creencias que limitan acceso a servicios médicos.

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la IA.

La cultura emancipadora es una fuerza que sostiene la vida y la dignidad, incluso en contextos de crisis. Los cambios silenciosos muestran que las comunidades transforman la salud desde abajo, con prácticas resilientes y protectoras. Los dilemas contemporáneos nos recuerdan que la cultura puede

ser tanto motor de equidad como fuente de exclusión, y que el reto de la salud pública es reconocer, proteger y regular estas dinámicas en clave de justicia social y derechos humanos.

Articulación de los determinantes internacionales de la salud con los ejes centrales

Los cuatro determinantes internacionales examinados —comercio, ciencia y tecnología, cooperación y cultura— no actúan de manera aislada: cada uno, según se vio en su respectivo apartado, puede convertirse en motor de emancipación o en mecanismo de subordinación según cómo se articule con la soberanía sanitaria y los derechos humanos. Esa doble posibilidad —de motor o de obstáculo— es la que este capítulo ha buscado documentar en cada caso, con sus propias experiencias, tensiones y evidencias. A continuación, el panorama comparado por continentes permite observar cómo esa articulación se traduce en resultados desiguales según las regiones del mundo.

Panorama comparado por continentes: avances y desafíos

Finalmente, es necesario como la salud global presenta contrastes profundos entre continentes. Los indicadores como la *esperanza de vida al nacer* reflejan tanto avances en políticas públicas como desigualdades estructurales. Este panorama comparado permite observar cómo los determinantes internacionales —comercio, ciencia y tecnología, cooperación y cultura— se expresan de manera diferenciada según contextos históricos, económicos y políticos.

Tabla 17. Panorama comparado por continentes

Continente	Esperanza de vida (tendencia)	Pobreza (tendencia histórica)	Educación (tendencia histórica)	Esperanza de vida (años aprox.)
África	Aumento significativo desde niveles bajos; brechas altas entre países,	Reducción gradual desde 1990, con avance desigual;	Mejora en matrícula primaria y alfabetización; rezagos en secundaria/terciaria.	60–65 años

	afectadas por conflicto y carga de enfermedades.	vulnerabilidad a choques.		
Asia*	Fuerte incremento en longevidad, liderado por Asia Oriental y algunos tigres asiáticos.	Caída pronunciada de la pobreza extrema en Asia Oriental y Meridional.	<i>Expansión educativa acelerada; excelencia en ciencia/tecnología en varios países</i>	<i>77–84 años (dato de Asia Oriental)</i>
Europa	Alta esperanza de vida; estancamientos puntuales por crisis y envejecimiento.	Pobreza extrema marginal; desafíos de desigualdad relativa.	Educación universal consolidada; retos en actualización tecnológica y envejecimiento.	78–82 años
América Latina y el Caribe	Incremento sostenido en longevidad; transición epidemiológica completa.	Reducción de pobreza desde 2000 con retrocesos por crisis y pandemia.	Alta cobertura educativa; calidad y equidad con brechas urbano–rural.	72–76 años
Norteamérica	Alta longevidad; retrocesos recientes por sobredosis y desigualdad en algunos grupos.	Pobreza extrema baja; desigualdad persistente.	Educación superior expandida; deuda estudiantil y acceso desigual.	76–80 años
Oceanía**	Esperanza de vida alta en Australia/Nueva Zelanda; brechas en países insulares.	Pobreza baja en economías avanzadas; vulnerabilidad climática en islas.	Educación elevada en países desarrollados; desafíos de acceso en islas.	<i>65–84 años</i>

Fuente: Elaboración propia, con apoyo de la IA.

* La cifra corresponde a Asia Oriental, el único subconjunto del continente con dato numérico en la fuente original; no representa un promedio de todo el continente asiático.

** Rango regional según la División de Población de la ONU (World Population Prospects, 2024): va desde ~65 años en Papúa Nueva Guinea hasta ~84 años en Australia, reflejando la fuerte disparidad entre Australia/Nueva Zelanda y los países insulares del Pacífico.

Avances

- *Europa y América del Norte* han alcanzado altos niveles de esperanza de vida gracias a sistemas universales, inversión en ciencia y tecnología, y cooperación regional.
- *América Latina* ha mejorado sus indicadores en las últimas décadas, impulsada por políticas de cobertura universal y programas de salud intercultural, aunque persisten grandes desigualdades territoriales por injusticias derivados de los modelos de desarrollo.
- *Asia Oriental* (Japón, Corea del Sur, China) muestra avances notables en longevidad, vinculados a innovación tecnológica y culturas protectoras.
- *África Subsahariana* ha logrado progresos en reducción de mortalidad infantil y control de enfermedades transmisibles, gracias a cooperación internacional y programas globales, aunque enfrenta desafíos en acceso equitativo y soberanía sanitaria.

Desafíos

- *Desigualdades internas*: incluso en regiones con altos promedios, las brechas entre grupos sociales y territorios son profundas.
- *Dependencia tecnológica*: muchos países dependen de importaciones de medicamentos y equipos, lo que limita su soberanía sanitaria.
- *Crisis climática*: afecta de manera desigual, golpeando con mayor fuerza a regiones vulnerables como África y América Latina.
- *Migración y exclusión*: millones de personas quedan fuera de sistemas de salud por su condición migratoria, especialmente en Europa y América del Norte.

La articulación con los ejes centrales es clara:

- *Emancipación*: transformar los avances en políticas que reduzcan desigualdades.
- *Soberanía sanitaria*: fortalecer capacidades locales para evitar dependencia tecnológica.

- *Derechos humanos*: garantizar que la esperanza de vida no sea privilegio de unos pocos, sino derecho universal.

¿Qué hemos ganado en 125 años?

El balance de más de un siglo de transformaciones en salud y desarrollo muestra avances significativos, aunque desiguales entre regiones y poblaciones.

Ganancias en esperanza de vida

- A comienzos del siglo XX, la esperanza de vida global apenas superaba los 30-40 años. Hoy, los valores promedio alcanzan *73-74 años* a nivel mundial, con líderes en *Asia Oriental y Europa* que superan los *80-85 años*.²³⁸
- Estos avances se sostienen en mejoras en vacunación, agua potable, saneamiento, escolarización básica y reducción de la mortalidad infantil, factores que han sido determinantes en todas las regiones.²³⁹

Reducción de la pobreza

- Desde 1990, la pobreza extrema se redujo sustancialmente, con millones de personas saliendo de condiciones de privación, especialmente en Asia.²⁴⁰
- Sin embargo, las crisis económicas, las guerras y la pandemia de COVID-19 han generado retrocesos coyunturales, mostrando la fragilidad de los avances.²⁴¹
- Las mejoras se asocian a *crecimiento inclusivo, educación y protección social*, confirmando que la reducción de la pobreza depende de políticas redistributivas y de resiliencia institucional.²⁴²

Educación como factor determinante

- La expansión de la matrícula escolar y la alfabetización se ha extendido a todos los continentes, consolidando la educación como motor de bienestar.²⁴³

- Persisten brechas en calidad y acceso a secundaria y terciaria, especialmente en contextos rurales y frágiles, lo que limita la equidad intergeneracional.

Modelos de desarrollo y bienestar

- *Estados de bienestar y sistemas universales*: correlacionan con mayor longevidad y menor desigualdad en Europa y partes de América Latina.²⁴⁴
- *Desarrollo exportador y urbano-industrial en Asia*: impulsó la salida masiva de la pobreza y avances educativos, aunque con retos ambientales y de salud urbana.²⁴⁵
- *Economías con alta informalidad y fragilidad institucional (ALC, África)*: muestran mejoras más lentas y vulnerables a choques, evidenciando la importancia de protección social, gobernanza y resiliencia.²⁴⁶

Semejanzas y diferencias

- Las semejanzas se expresan en avances comunes: vacunación, agua y saneamiento, escolarización básica y reducción de mortalidad infantil.
- Las diferencias se explican por *estabilidad política, capacidad estatal, integración global y políticas de equidad*.
- Las crisis –guerras, pandemias, colapsos financieros– generan retrocesos temporales y amplían brechas, recordando que el progreso no es lineal ni irreversible.²⁴⁷

Lecciones para el futuro

- *Modelos universales y protección social*: logran y sostienen avances duraderos en longevidad y equidad.
- *Crecimiento con equidad*: requiere empleo decente, inversión territorial y regulación de riesgos del mercado.

- *Salud pública centrada en bienes comunes*: vacunas, vigilancia epidemiológica, agua potable y acción sobre determinantes sociales mediante atención primaria.²⁴⁸
- *Ciencia y tecnología con acceso abierto*: la innovación debe ser regulada para reducir brechas, no ampliarlas.²⁴⁹
- *Cultura y comportamiento*: estilos de vida y normas sociales pueden acelerar o frenar el bienestar; regular consumos nocivos y promover ambientes saludables es clave.²⁵⁰
- *Cooperación internacional efectiva*: coordinación multilateral orientada a bienes públicos globales y cooperación Sur-Sur fortalecen resiliencia y soberanía sanitaria.²⁵¹

Conclusión

Los determinantes internacionales de la salud —comercio, ciencia y tecnología, cooperación y cultura— atraviesan la salud global y condicionan la vida de los pueblos: su impacto puede ser emancipador o subordinante según cómo se regulen y se articulen con la soberanía sanitaria, los derechos humanos y la justicia social. De ahí se desprenden las siguientes rutas de acción.

Algunas rutas para enfrentar efectos adversos

1. Comercio

- Regular las industrias alimentaria, farmacéutica, armamentista y energética para que la salud no quede subordinada a intereses corporativos.
- Impulsar impuestos saludables, etiquetado claro y transición energética justa como políticas emancipadoras.²⁵²
- Fortalecer la producción local de medicamentos y vacunas como parte de la soberanía sanitaria.²⁵³

2. Ciencia y tecnología

- Orientar la innovación hacia el bien común, garantizando acceso abierto y regulado.

- Implementar marcos éticos para la inteligencia artificial y la salud digital.²⁵⁴
- Promover ciencia abierta y cooperación Sur-Sur para reducir brechas y democratizar el conocimiento.²⁵⁵

3. *Cultura y comportamiento*

- Reconocer la diversidad cultural como fuerza emancipadora, integrando saberes locales en sistemas nacionales.²⁵⁶
- Regular los consumos nocivos y promover ambientes saludables, aprendiendo de culturas protectoras como las “zonas azules”.²⁵⁷
- Respetar la espiritualidad y la religión como recursos de resiliencia, garantizando que no se conviertan en barreras de acceso.²⁵⁸
- Fomentar el asertividad de los ciudadanos y sus familias en la orientación al consumo de productos y servicios en economías de mercado, saber distinguir que comprar y consumir privilegiando la producción local y su soberanía.

4. *Cooperación internacional*

- Reforzar la gobernanza multilateral con financiamiento estable y transparente.²⁵⁹
- Impulsar cooperación Sur-Sur y triangular para fortalecer soberanía sanitaria regional.²⁶⁰
- Orientar la cooperación hacia bienes públicos globales –vacunas, vigilancia epidemiológica, agua potable– como pilares de resiliencia.²⁶¹

5. *Ciudadanía y sociedad civil*

- Este esfuerzo no puede recaer únicamente en los Estados o en organismos internacionales: la ciudadanía, la sociedad civil, las comunidades y otros actores sociales deben asumir un rol crítico y asertivo.
- Regular la sociedad de consumo desde la práctica cotidiana y promover un uso racional de los recursos del planeta.

- Estimular espacios y estilos de vida saludables que fortalezcan la resiliencia comunitaria y la dignidad humana.

Solo con una ciudadanía empoderada y consciente, capaz de cuestionar y transformar, podremos garantizar que los avances sean sostenibles, equitativos y universales.

Bibliografía

- Alkire, S. y Foster, J. (2011). Conteo y medición de la pobreza multidimensional. *Journal of Public Economics* 95, 476–487, <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.11.006>
- Amuiune, J. M. (2024) Varoufakis, Yanis. Tecno-feudalismo. El sigiloso sucesor del capitalismo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ariel 2024, 264 páginas. *Ciclos hist. econ. soc.* [online]. vol.35, n.62 https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37352024000100008&lng=es&nrm=iso
- Anuario SISPRI. (2023). <https://www.sipri.org/yearbook/2023>
- Arts W. y Gelissen J. (2022). ¿Tres mundos de bienestar o más? *J Eur Soc Policy* <https://doi.org/10.1177/0952872002012002114>
- Auer, A. & Guerrero Espinel, J. E. (2011). La Organización Panamericana de la Salud y la salud internacional: una historia de formación y desarrollo colectivo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 111–121. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000800007> (doi.org in Bing)
- Banco Mundial. (2020). *Poverty and Shared Prosperity 2020: Reversals of Fortune*. <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity>
- Beaglehole, R. y Bonita, R. (2010), Que es la Salud Global, Editorial, PubMed Central. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2852240/>
- Buettner, D. (2016). The Blue Zones: Lessons for the world's longest lived. *National Geographic*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6125071/pdf/10.1177_1559827616637066.pdf
- Chapela Mendoza, M. C. (2007). *Una utopía emancipadora de promoción de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Chapela Mendoza, M. C. (2013). *Promoción de la salud emancipadora: cuerpo, subjetividad y justicia social*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Clanchy, M. T. (1997). *Abelard: A Medieval Life*. Blackwell
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Panorama social de América Latina y el Caribe 2022: la transformación de la educación como base para*

- el desarrollo sostenible*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48518-panorama-social-america-latina-caribe-2022-la-transformacion-la-educacion-como>
- Comisión Stiglitz-Sen-Fitoussi. (2009). Comisión de 2009 sobre la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social <https://rtce-cea.cepal.org/es/documento/revision-la-medicion-del-desempeno-economico-y-el-progreso-social-reflexiones-y-resumen>
- CONPES 4170. (2025). *Plan de Soberanía Sanitaria: estrategias para reducir la dependencia farmacéutica en Colombia*. Bogotá, Colombia. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4170.pdf>
- Cueto, M. (2020). *La salud global, la salud planetaria y los historiadores*. Quinto Sol, 24(3), 1–21. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-28792020000300069
- Escobar, A. (2016). *Sentipensar con la tierra: Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Editorial Universidad de Antioquia. <https://moarquech.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/08/escobar-arturo-sentipensar-con-la-tierra-nuevas-lecturas-sobre-desarrollo-territorio-y-diferencia1.pdf>
- Esping-Andersen, G. (1990). *Los tres mundos de Capitalismo del bienestar*. Cambridge: Pluto
- Finley, M. (1985). *Democracia antigua y moderna*, Editorial de la Universidad de Rutgers, 1985, Editorial de la Universidad de Rutgers.
- Fondo Mundial (2021). *Marco de la estrategia del Fondo Mundial 2023-2028*. https://www.theglobalfund.org/media/11720/strategy_globalfund2023-2028_framework_es.pdf
- Foro Económico Mundial. (2025). *La soberanía sanitaria crea resiliencia en un mundo volátil*. <https://es.weforum.org/stories/2025/03/la-soberania-sanitaria-crea-resiliencia-en-un-mundo-volatil-estos-3-paises-trabajan-para-lograrla/>
- Franco, S., & Cardona, D. (2019). *Salud colectiva y emancipación: debates sobre soberanía sanitaria en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gavi. (2022). *Annual Progress Report 2021*. Ginebra. <https://www.gavi.org/sites/default/files/programmes-impact/our-impact/apr/Gavi-Progress-Report-2021.pdf>
- Global Risks Report (2025). <https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2025/>
- Harvey D. (2005). *Breve historia del neoliberalismo*. Oxford University Press, Nueva York.

- Hunt, L. (2007). *Inventing Human Rights: A History*. W. W. Norton
<https://www.amazon.com/Inventing-Human-Rights-Lynn-Hunt/dp/0393060950>
- Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021). *COVID-19: Make it the last pandemic*. Ginebra: The Independent Panel.
<https://theindependentpanel.org/mainreport/>
- Intergovernmental Panel on Climate Change. (2023). *Climate Change 2023: Synthesis Report*. Ginebra: IPCC. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/> ([ipcc.ch in Bing](#))
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. [Pacientes y profesionales sanitarios en el contexto cultural]. University of California Press.
<https://www.jstor.org/stable/jj.2711689>
- Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *International Scholarly Research Network*, 278730, 1-33.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23762764/>
- Mahadzir, D. y Tai, N. (2025). *La soberanía sanitaria crea resiliencia en el mundo volátil*. Foro económico mundial para acelerar acciones de los sistemas de salud
<https://es.weforum.org/stories/2025/03/la-soberania-sanitaria-crea-resiliencia-en-un-mundo-volatil-estos-3-paises-trabajan-para-lograrla/>
- Marinho, M. L., Dahuabe, A., & Arenas de Mesa, A. (2023). *Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible* (Serie Políticas Sociales N.º 244, LC/TS.2023/115). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo sostenible*.
<https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York: ONU.
https://www.ohchr.org/es/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf ([ohchr.org in Bing](#))
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: ONU.
<https://sdgs.un.org/es/2030agenda>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la OMS*. Ginebra: OMS.
<https://www.who.int/about/governance/constitution> ([who.int in Bing](#))
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma Ata*.
http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. <https://iris.who.int/handle/10665/42813>

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de Astana, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0b312f6-4877-4d2a-aa66-769e84625226/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs*. <https://digitallibrary.un.org/record/4008204?v=pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. <https://www.paho.org/sites/default/files/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Programa de Líderes en Salud Internacional: Informe de sistematización 2008–2015. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud y Secretaría General Iberoamericana. (2017). *La Cooperación Sur-Sur y triangular en el sector de la salud en Iberoamérica*. <https://segib.org/wp-content/uploads/2017/04/OPS-SEGIB-Cooperacion-Sur-Sur-salud-Iberoamerica-publicado.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas https://www.paho.org/es/documentos/sociedades-justas-equidad-salud-vida-digna-informe-comision-organizacion-panamericana?utm_source=chatgpt.com
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Impuestos saludables en América Latina. Guía breve*. <https://www.paho.org/es/documentos/impuestos-saludables-guia-breve>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe sobre soberanía sanitaria y cooperación regional*. Washington, D.C.: OPS. <https://www.paho.org/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *El Fondo Estratégico de la OPS publica su informe anual*. <https://www.paho.org/es/noticias/22-6-2022-fondo-estrategico-ops-publica-su-informe-anual-2021>

- Organización Panamericana de la salud. (2021). *Directora de OPS llama a cerrar el acceso a las brechas de vacunas COVID19*. <https://www.paho.org/es/noticias/19-5-2021-directora-ops-llama-cerrar-brechas-acceso-vacunas-covid-19-ampliando>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Cooperación entre países para el desarrollo sanitario*. <https://www.paho.org/es/cchd>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Informe de la reunión regional sobre determinantes comerciales de la salud en la Región de las Américas, 4 y 5 de octubre del 2022. <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/bff1c6dc-ab21-4d48-8b2a-a1be0ccb8d03/content>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles/programa-investigacion-alianzas-enfermedades-transmisibles/fondo>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. Indicadores de impacto y de proceso*. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-etnicidad-salud-2019-2025-indicadores-impacto-proceso-0>
- Organización Panamericana de la Salud (2025). *Fondos Rotatorios Regionales de la OPS: Un ejemplo de cooperación exitosa en el ámbito de la salud*. <https://www.paho.org/es/publicaciones/fondos-rotatorios-regionales-ops-ejemplo-cooperacion-exitosa-ambito-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2026). Informe regional sobre la situación de los sistemas de información para la salud en las Américas: Acelerando la transformación digital del sector salud en las Américas. <https://iris.paho.org/items/7e387d77-1613-4bf5-b9cb-9019a2bd5240>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2023). *Informe sobre Desarrollo Humano 2023*. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24snapshotsp.pdf>
- Rojas, J. (2015). Sabidurías indígenas y salud comunitaria: aportes para la soberanía sanitaria. Universidad Nacional de Colombia.
- Stiglitz, J. (2002). *El malestar en la globalización*. Taurus. 307 pag.
- Topol, E. (2019). Medicina de alto rendimiento: la convergencia de la inteligencia humana y artificial. *Medicina Natural*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30617339/>
- UNESCO. (2021). *Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence*. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381137_spa
- UNESCO. (2021). Recomendación sobre la ciencia abierta <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/recommendation-open-science>

Unión Europea. (2023). *Artificial Intelligence Act*. <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>

Varoufakis, Y. (2024). *Tecno-feudalismo. El sigiloso sucesor del capitalismo*.

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37352024000100008

Notas

¹¹² Chapela Mendoza, M. C. (2007). *Una utopía emancipadora de promoción de la salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

¹¹³ Auer, A. & Guerrero Espinel, J. E. (2011). La Organización Panamericana de la Salud y la salud internacional: una historia de formación y desarrollo colectivo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(2), 111–121. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000800007> (doi.org in Bing)

¹¹⁴ Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma Ata*. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

¹¹⁵ Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nueva York: ONU. <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>

¹¹⁶ Marinho, M. L., Dahuabe, A., & Arenas de Mesa, A. (2023). *Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible* (Serie Políticas Sociales N.º 244, LC/TS.2023/115). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/b816a7eb-10d7-4f37-8eba-e6cb8feb91cc/content>

¹¹⁷ Beaglehole, R. y Bonita, R. (2010), *Que es la Salud Global*, Editorial, PubMed Central. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2852240/>

¹¹⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo...*, *op. cit.*

¹¹⁹ Gavi. (2022). *Annual Progress Report 2021*. Ginebra. <https://www.gavi.org/sites/default/files/programmes-impact/our-impact/apr/Gavi-Progress-Report-2021.pdf>

¹²⁰ Franco, S., & Cardona, D. (2019). *Salud colectiva y emancipación: debates sobre soberanía sanitaria en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

¹²¹ Organización Panamericana de la Salud (2021). Cooperación entre países para el desarrollo sanitario. <https://www.paho.org/es/cchd>

¹²² Intergovernmental Panel on Climate Change. (2023). *Climate Change 2023: Synthesis Report*. Ginebra: IPCC. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/> (ipcc.ch in Bing)

¹²³ Chapela Mendoza, M. C. (2013). Promoción de la salud emancipadora: cuerpo, subjetividad y justicia social. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

¹²⁴ *Ibid.*

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ CONPES 4170. (2025). *Plan de Soberanía Sanitaria: estrategias para reducir la dependencia farmacéutica en Colombia*. Bogotá, Colombia. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/4170.pdf>

¹²⁷ Foro Económico Mundial. (2025). *La soberanía sanitaria crea resiliencia en un mundo volátil*. <https://es.weforum.org/stories/2025/03/la-soberania-sanitaria-crea-resiliencia-en-un-mundo-volatil-estos-3-paises-trabajan-para-lograrla/>

¹²⁸ Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones*. Washington, D.C. <https://www.paho.org/es/documentos/alimentos-bebidas-ultraprocesados-america-latina-ventas-fuentes-perfiles-nutrientes-e>

¹²⁹ Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de...., op. cit.*

¹³⁰ *Ibid.*

¹³¹ Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América... op. cit.*

¹³² Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo..., op. cit.*

¹³³ Gavi., ... *op. cit.*; e Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021), *op. cit.*

¹³⁴ Intergovernmental Panel on Climate Change, *op. cit.*

¹³⁵ UNESCO. (2021). *Recommendation on the Ethics of Artificial Intelligence*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000377897>.

¹³⁶ Unión Europea. (2023). *Artificial Intelligence Act*. <https://data.europa.eu/eli/reg/2024/1689/oj>.

¹³⁷ Global Risks Report (2025). <https://www.weforum.org/publications/global-risks-report-2025/>

¹³⁸ Organización Panamericana de la Salud (2019). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna*. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas https://www.paho.org/es/documentos/sociedades-justas-equidad-salud-vida-digna-informe-comision-organizacion-panamericana?utm_source=chatgpt.com

¹³⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2023). *Informe sobre Desarrollo Humano 2023*. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2023-24snapshots.pdf>

- ¹⁴⁰ Comisión Stiglitz-Sen-Fitoussi (2009). Comisión de 2009 sobre la Medición del Desempeño Económico y el Progreso Social <https://rtc-cea.cepal.org/es/documento/revision-la-medicion-del-desempeno-economico-y-el-progreso-social-reflexiones-y-resumen>
- ¹⁴¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *op. cit.*
- ¹⁴² Alkire, S. y Foster, J. (2011). Conteo y medición de la pobreza multidimensional. *Journal of Public Economics* **95**, 476–487, <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.11.006>
- ¹⁴³ Organización Mundial de la Salud. (2022). World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs. <https://digitallibrary.un.org/record/4008204?v=pdf>
- ¹⁴⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *op. cit.*
- ¹⁴⁵ Intergovernmental Panel on Climate Change, *op. cit.*
- ¹⁴⁶ Arts W. y Gelissen J. (2022). ¿Tres mundos de bienestar o más? *J Eur Soc Policy* <https://doi.org/10.1177/0952872002012002114>
- ¹⁴⁷ Stiglitz, J. (2002). *El malestar en la globalización*. Taurus. 307 pag.
- ¹⁴⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *op. cit.*; y Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*
- ¹⁴⁹ Harvey D. (2005). *Breve historia del neoliberalismo*. Oxford University Press, Nueva York.
- ¹⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Informe de la reunión regional sobre determinantes comerciales de la salud en la Región de las Américas, 4 y 5 de octubre del 2022*. <https://www.paho.org/es/documentos/informe-reunion-regional-sobre-determinantes-comerciales-salud-region-americas-4-5>
- ¹⁵¹ Organización Mundial de la Salud. (2004). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. <https://iris.who.int/handle/10665/42813>
- ¹⁵² Organización Panamericana de la Salud (2020). *Impuestos saludables en América Latina*. Guía breve. <https://www.paho.org/es/documentos/impuestos-saludables-guia-breve>
- ¹⁵³ Intergovernmental Panel on Climate Change, *op. cit.*
- ¹⁵⁴ Anuario SISPRI (2023). <https://www.sipri.org/yearbook/2023>
- ¹⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Impuestos saludables..., op. cit.*
- ¹⁵⁶ *Ibid.*
- ¹⁵⁷ Organización Mundial de la Salud, *Convenio Marco..., op. cit.*
- ¹⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Impuestos saludables..., op. cit.*
- ¹⁵⁹ Intergovernmental Panel on Climate Change, *op. cit.*

- ¹⁶⁰ Anuario SISPRI ..., *op. cit.*
- ¹⁶¹ Cambio Colombia, *op. cit.*
- ¹⁶² Organización Panamericana de la Salud, *Impuestos saludables...*, *op. cit.*
- ¹⁶³ Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*
- ¹⁶⁴ Anuario SISPRI ..., *op. cit.*
- ¹⁶⁵ Intergovernmental Panel on Climate Change, *op. cit.*
- ¹⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud, *Informe de la reunión...*, *op. cit.*
- ¹⁶⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Informe regional sobre la situación de los sistemas de información para la salud en las Américas: Acelerando la transformación digital del sector salud en las Américas*. <https://iris.paho.org/items/7e387d77-1613-4bf5-b9cb-9019a2bd5240>
- ¹⁶⁸ Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924.enlace> correcto <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/3224/Estrategia%20mundial%20sobre%20salud%20digital%202020-2025.pdf>
- ¹⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.*
- ¹⁷⁰ UNESCO, *op. cit.*
- ¹⁷¹ Jonas, H. (1984). *El principio de responsabilidad*. Herder.
- ¹⁷² Varoufakis, Y. (2024). *Tecno-feudalismo. El sigiloso sucesor del capitalismo*. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37352024000100008
- ¹⁷³ Auer, A., & Guerrero Espinel, *op. cit.*
- ¹⁷⁴ Organización Mundial de la Salud, *Global strategy...*, *op. cit.*
- ¹⁷⁵ UNESCO, *op. cit.*
- ¹⁷⁶ Unión Europea, *op. cit.*
- ¹⁷⁷ Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*
- ¹⁷⁸ Auer, A., & Guerrero Espinel, *op. cit.*
- ¹⁷⁹ Organización Mundial de la Salud, *Global strategy...*, *op. cit.*; y Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.* Organización Mundial de la Salud, *Global strategy...*, *op. cit.*
- ¹⁸⁰ UNESCO, *op. cit.*
- ¹⁸¹ Unión Europea, *op. cit.*

¹⁸² Jonas, H., *op. cit.*

¹⁸³ Nobel Prize. (2021). <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2021/press-release/>

¹⁸⁴ Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*

¹⁸⁵ UNESCO. (2021). *Recomendación sobre la ciencia abierta*. <https://www.unesco.org/es/legal-affairs/recommendation-open-science>

¹⁸⁶ Mahadzir, D. y Tai, N. (2025). *La soberanía sanitaria crea resiliencia en el mundo volátil*. Foro económico mundial para acelerar acciones de los sistemas de salud <https://es.weforum.org/stories/2025/03/la-soberania-sanitaria-crea-resiliencia-en-un-mundo-volatil-estos-3-paises-trabajan-para-lograrla/>

¹⁸⁷ Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo sostenible. (2015). <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/page/objetivos-de-desarrollo-sostenible>

¹⁸⁸ UNESCO, *op. cit.*; y Unión Europea, *op. cit.*

¹⁸⁹ Gavi, *op. cit.*; e Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *op. cit.* <https://theindependentpanel.org/>

¹⁹⁰ Organización Panamericana de la salud. (2021). Directora de OPS llama a cerrar el acceso a las brechas de vacunas COVID19. <https://www.paho.org/es/noticias/19-5-2021-directora-ops-llama-cerrar-brechas-acceso-vacunas-covid-19-ampliando-su>

¹⁹¹ Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.*

¹⁹² Organización Mundial de la Salud, *Global strategy...*, *op. cit.*

¹⁹³ Organización Mundial de la Salud. (2022). *Equity within digital health technology within the WHO European Region: a scoping*

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0b312f6-4877-4d2a-aa66-769e84625226/content>

¹⁹⁴ UNESCO, *op. cit.*

¹⁹⁵ Unión Europea, *op. cit.*

¹⁹⁶ Topol, E. (2019). Medicina de alto rendimiento: la convergencia de la inteligencia humana y artificial. *Medicina Natural*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30617339/>

¹⁹⁷ Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.*

¹⁹⁸ Organización Panamericana de la salud. (2021). *Directora de OPS llama.. op. cit.*

¹⁹⁹ Unión Europea, *op. cit.*

²⁰⁰ Chapela Mendoza, M. C. (2013), *op. cit.*

- ²⁰¹ Organización Panamericana de la salud. (2021). *Directora de OPS llama... op. cit.*
- ²⁰² Unión Europea, *op. cit.*
- ²⁰³ Organización Mundial de la Salud, *Global strategy..., op. cit.*
- ²⁰⁴ Nobel Prize. (2021). <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2021/press-release/>
- ²⁰⁵ Jonas, H., *op. cit.*
- ²⁰⁶ Organización de las Naciones Unidas, *Declaración Universal..., op. cit.*
- ²⁰⁷ Organización Mundial de la Salud, *Declaración..., op. cit.*
- ²⁰⁸ Organización Mundial de la Salud, *Convenio Marco..., op. cit.*
- ²⁰⁹ Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo..., op. cit.*
- ²¹⁰ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *op. cit.*
- ²¹¹ Organización Panamericana de la Salud. *El Fondo Estratégico...op. cit.*
- ²¹² Cambio Colombia, *op. cit.*
- ²¹³ Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*
- ²¹⁴ Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo..., op. cit.*
- ²¹⁵ Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. [Pacientes y profesionales sanitarios en el contexto cultural]. University of California Press.
- ²¹⁶ Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. [Cultura, salud y enfermedad]. Hodder Arnold.
- ²¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019-2025. Indicadores de impacto y de proceso*. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-etnicidad-salud-2019-2025-indicadores-impacto-proceso-0>
- ²¹⁸ Buettner, D. (2016). The Blue Zones: Lessons for the world's longest lived. *National Geographic*.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6125071/pdf/10.1177_1559827616637066.pdf
- ²¹⁹ Koenig, H. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *International Scholarly Research Network*, 278730, 1-33.
<https://doi.org/10.5402/2012/278730>.
- ²²⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. <https://www.paho.org/sites/default/files/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- ²²¹ Buettner, D., *op. cit.*

- ²²² Kleinman, A., *op. cit.*
- ²²³ Helman, C., *op. cit.*
- ²²⁴ Buettner, D., *op. cit.*
- ²²⁵ Organización Panamericana de la Salud. (2023), *op. cit.*
- ²²⁶ Koenig, H., *op. cit.*
- ²²⁷ Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*
- ²²⁸ Organización Panamericana de la Salud. (2023), *op. cit.*
- ²²⁹ Buettner, D., *op. cit.*
- ²³⁰ Kleinman, A., *op. cit.*; y Helman, C., *op. cit.*
- ²³¹ Koenig, H., *op. cit.*
- ²³² Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*
- ²³³ Organización Panamericana de la Salud. (2023), *op. cit.*
- ²³⁴ Buettner, D., *op. cit.*
- ²³⁵ Kleinman, A., *op. cit.*
- ²³⁶ Helman, C., *op. cit.*
- ²³⁷ Koenig, H., *op. cit.*
- ²³⁸ Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.*
- ²³⁹ Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo...*, *op. cit.*
- ²⁴⁰ Banco Mundial. (2020). *Poverty and Shared Prosperity 2020: Reversals of Fortune*. <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity>.
- ²⁴¹ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *op. cit.*
- ²⁴² Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *op. cit.*
- ²⁴³ UNESCO, *op. cit.*
- ²⁴⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *op. cit.*
- ²⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.*
- ²⁴⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *op. cit.*
- ²⁴⁷ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *op. cit.*
- ²⁴⁸ Organización Mundial de la Salud, *World health...*, *op. cit.*

²⁴⁹ UNESCO, *op. cit.*; y Unión Europea, *op. cit.*

²⁵⁰ Buettner, D., *op. cit.*; y Koenig, H., *op. cit.*

²⁵¹ Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo...*, *op. cit.*

²⁵² Organización Panamericana de la Salud, *Impuestos saludables...*, *op. cit.*; e Intergovernmental Panel on Climate Change, *op. cit.*

²⁵³ Franco, S., y Cardona, D., *op. cit.*

²⁵⁴ UNESCO, *op. cit.*; y Unión Europea, *op. cit.*

²⁵⁵ Organización Panamericana de la Salud y Secretaría General Iberoamericana, *op. cit.*

²⁵⁶ *Ibid.*

²⁵⁷ Buettner, D., *op. cit.*

²⁵⁸ Koenig, H., *op. cit.*

²⁵⁹ Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *op. cit.*

²⁶⁰ Organización Panamericana de la Salud y Secretaría General Iberoamericana, *op. cit.*

²⁶¹ Organización de las Naciones Unidas. *Transformar nuestro mundo...*, *op. cit.*

Capítulo III

Soberanía alimentaria ¿Utopía o realidad?

Lorena Lázaro Cuesta

Introducción

Atravesamos tiempos de profundas y acuciantes crisis donde la persistencia de sistemas alimentarios insalubres y deficientemente regulados se combinan con los efectos del cambio climático. Esta confluencia de factores ejerce una presión sin precedentes que impacta directamente en la bidimensionalidad del ser humano, manifestándose en el incremento de la malnutrición en todas sus formas. Los fenómenos climáticos extremos (sequías, inundaciones y tormentas) actúan como un multiplicador de amenazas, ya que reducen la productividad agrícola, elevan los precios de los alimentos y acentúan la vulnerabilidad de las poblaciones más pobres. De hecho, el 74 % de los países de América Latina y el Caribe tienen alta exposición a estos eventos, que ponen en riesgo cualquier avance materia de seguridad alimentaria. Esta problemática se manifiesta como una sindemia nutricional en la región: el exceso de peso se ha erigido como la forma de malnutrición más frecuente, afectando al 67,5 % de los adultos y al 37,6 % de los niños y adolescentes de 5 a 19 años en las Américas. Esta prevalencia coexiste con el avance de la inseguridad alimentaria como consecuencia de que América Latina ostenta el precio más alto de una dieta saludable a nivel mundial.²⁶² Vale decir, que la situación alimentaria nutricional actual deja una doble huella: en la materialidad y subjetividad de los sujetos.

Desde una perspectiva integral, la salud se concibe como la capacidad humana de construir futuros viables, lo que lleva implícito inexorablemente el acto de alimentarse.²⁶³ En este sentido, es evidente que la ingesta de nutrientes es fundamental para la subsistencia del cuerpo material; sin embargo, resulta imperativo destacar que el evento alimentario trasciende lo biológico para constituirse como un “hecho social total”,²⁶⁴ en tanto que involucra simultáneamente dimensiones económicas, jurídicas, estéticas y religiosas de la sociedad. “Este concepto subraya que las relaciones sociales vinculadas a la alimentación están tan profundamente internalizadas que ‘operan en la oscuridad’⁴. El acto de comer, por lo tanto, no solo está moldeado por la

cultura y expresa los valores imperantes de una sociedad, sino que, por su profunda imbricación con el quehacer cotidiano, invisibiliza las relaciones de poder y las dimensiones macroestructurales (incluida la crisis climática) que rigen la vida de sujetos individuales y colectivos. El análisis de la crisis alimentaria exige examinar las dimensiones clásicas de la seguridad alimentaria nutricional (SAN), a saber: disponibilidad, acceso, utilización de los alimentos y estabilidad. La soberanía alimentaria postula la necesidad de cuidar las formas de producir, obtener y consumir alimentos para garantizar el derecho a la alimentación de sujetos individuales y colectivos desde un enfoque centrado en el respeto a todas las formas de vida.

En este escenario, la paradoja central de nuestra época emerge con fuerza: ¿cómo se puede avanzar hacia una alimentación soberana en un contexto dominado por la infodemia, la globalización acelerada, la omnipresencia de los mercados y la enajenación de los saberes esenciales sobre la comida y la cocina?

Las siguientes líneas se dedicarán a explorar posicionamientos y conceptos claves que entrelazan el evento alimentario con la autonomía de los sujetos. El objetivo que nos hemos propuesto es iluminar cómo el alimento, la cocina y las prácticas en torno a los modos de producir, distribuir, consumir y compartir la mesa están inevitablemente atravesadas por la cultura, el poder y las relaciones de clase.

Crisis alimentaria y soberanía popular: una mirada crítica desde la determinación social

El recrudecimiento del hambre y las dificultades de acceso a la alimentación en América Latina son síntomas inequívocos de una crisis civilizatoria anclada en la hegemonía de un sistema alimentario global que opera bajo la lógica del agronegocio. Este modelo, desvinculado de cualquier estrategia efectiva para garantizar la soberanía y seguridad alimentaria, profundiza la exclusión y la desigualdad social, dejando al descubierto la fragilidad de un sistema que prioriza la acumulación por encima de la vida humana.

El conflicto por la alimentación se desarrolla en un campo social donde la distribución desigual de las formas de capital define la salud y la vida. El campo es un espacio de relaciones donde “la posición de cada agente o grupo depende de su dotación en capitales (económico, cultural, social y simbólico)” y la alimentación es un lugar privilegiado para la manifestación de estas luchas.²⁶⁵ Por tanto, la interacción de intereses económicos, sociales y políticos vinculados a la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos da cuenta de

una disputa permanente que realiza inscripciones en el cuerpo territorio individual y colectivo. El cuerpo-territorio concebido como el espacio físico y simbólico es donde se viven, se inscriben y se resisten los procesos históricos, sociales y políticos.²⁶⁶

El pensamiento crítico latinoamericano entiende que la *salud* es el resultado de la conjunción entre los modelos económicos, el sistema político y la cultura imperante en una sociedad. Desde este posicionamiento se trasciende la visión de la salud como un fenómeno meramente biológico o individual. Es decir, que la salud no es causada por factores de riesgo aislados, sino que está determinada por procesos estructurales complejos entre los cuales cabe destacar la relación de subsunción²⁶⁷ y la monopolización de recursos vitales.²⁶⁸ Podemos afirmar que la concentración de la riqueza y la explotación mercantil de recursos vitales es la causa de fondo de la desigualdad en salud.

El agronegocio es un claro ejemplo al imponer la lógica de la acumulación de capital y territorio sobre la lógica de la vida, concentrando recursos como la tierra, agua y semillas y, por ende, limitando las opciones para el *buen vivir* de los grupos subalternos.

Referentes latinoamericanos, como el Dr. Jaime Breihl, proponen una cosmovisión de la salud en tres dimensiones interconectadas:

1. Dimensión general (estructura social): es aquella que define la lógica y el destino de una sociedad. Si la lógica de una sociedad es la acumulación de capital para una élite, el resultado es la exclusión y el deterioro de la salud para la mayoría de la población.
2. Dimensión particular (grupos sociales/clases): se refiere a los modos de vivir y los patrones de vida de los grupos. Incluye el modo de consumir, el modo de organizar los soportes sociales y el modo de construir la identidad.
3. Dimensión individual (personas/familias): se desarrolla en el marco de los modos de vivir colectivos, pero es en esta dimensión donde se manifiestan los problemas de salud específicos.

Desde este enfoque, la epidemiología crítica identifica que el modelo del agronegocio no es solo un sistema productivo, sino un determinante estructural de la inseguridad alimentaria que opera en la dimensión general de la sociedad al basarse en la acumulación de tierra y capital. Esto impone un

“modo de vivir” destructivo en la dimensión particular, debido por ejemplo a la exposición a agrotóxicos, que finalmente afecta la salud individual.²⁶⁹

Este modelo agropecuario, con su expansión de monocultivos y su dependencia de tecnologías funcionales al gran capital transnacional, es una expresión de la acumulación de capital que conduce inevitablemente a la exclusión y a la subordinación social.

El uso masivo de agrotóxicos y la ruptura del balance ecológico no solo deterioran la salud de los trabajadores rurales y los consumidores, sino que desarticulan el modo de vivir, de organizarse y de protegerse de los grupos sociales. Disminuyen sus capacidades de gestionar su propia vida a partir de los saberes y prácticas históricas de autoorganización y defensa. La inseguridad alimentaria no es una falla técnica de producción, sino un proceso que atenta contra las condiciones de vida, constituye un problema de justicia social en el cual la monopolización de los recursos (tierra, agua, semillas) concentra la riqueza y restringe las posibilidades para el *buen vivir*.

Por tanto, enfatizamos que el modelo agroindustrial globalizado es un determinante estructural que conspira contra la salud, ya que despoja a las comunidades de su control sobre los medios de vida y las decisiones, al generar procesos de injusticia social y desigualdad.²⁷⁰ La falta de soberanía es la materialización de la subordinación social a los intereses del gran capital transnacional. La violencia explícita sobre las comunidades rurales para el avance de una “agricultura sin agricultores” es una constante regional. Por consiguiente, la crisis alimentaria se ha relacionado con la pobreza, el desempleo, los levantamientos populares, la desaceleración económica, una deficiente distribución y consumo de alimentos, y sequías prolongadas, al acarrear como consecuencia la malnutrición, la enfermedad y la muerte. Ello se profundiza ante la docilidad y dependencia de los gobiernos a la cooperación externa y a los intereses corporativos, que atentan contra las regulaciones del sistema agroalimentario que requiere medidas urgentes para proteger a los pueblos. Queda en manos de unos pocos la concentración de la riqueza, de los medios de producción y la explotación de recursos vitales para usufructo de una élite, en detrimento un amplio conjunto de la sociedad. Esta afirmación nos invita a reflexionar cómo las políticas públicas agroindustriales consolidan relaciones de producción y consumo que generan una profunda disfunción social en los países de América Latina. La expansión de una “agricultura sin agricultores”, impulsada por innovaciones tecnológicas no neutrales y políticas

neoliberales, despoja a las comunidades del control sobre las decisiones de *qué, cómo, dónde y cuándo producir* y los condena a consumir de manera vertiginosa y despojada de significados. Esta pérdida de control no es un mero problema económico; es, en términos de Breihl, un ataque deliberado a la autonomía y a las condiciones de existencia que permiten el desarrollo de la salud colectiva. En síntesis, desde esta visión, la crisis alimentaria debe entenderse como el resultado de los modos de vivir colectivos y de las relaciones de poder y clase.

La salud colectiva propone la autonomía y la capacidad de existencia de los grupos sociales. Desde este enfoque la soberanía alimentaria se convierte en la única estrategia que puede generar rupturas en la raíz de la determinación estructural. Al exigir el control directo sobre los recursos y las decisiones, los movimientos populares buscan desarticular la matriz de poder única que generan las desigualdades, ejerciendo un control social independiente del poder hegemónico. La solución pasa por una acción coordinada y colectiva en la cual la organización social sea capaz de articular una lucha integrativa contra las diferentes desigualdades (clase, género, etc.).

Hay una alienación cultural producida, entre otras, por el *marketing*. Es imprescindible recuperar el autoconocimiento de los pueblos ya que hay una debilidad en la cultura de pensar que los problemas tienen que ser solucionados desde “el afuera”. Los movimientos que luchan por la soberanía alimentaria están realizando este esfuerzo impulsando la reorganización social y la recuperación del propio conocimiento (saberes agroecológicos) para defender sus modos de vivir frente al modelo destructivo.

Soberanía y seguridad alimentaria: una mirada crítica desde la salud colectiva y la estructura social

El conflicto descripto enfrenta las posturas de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) con las de la Vía Campesina. Es precisamente la disputa por la definición del problema. Tradicionalmente la FAO ha enfatizado el crecimiento económico y la tecnología para alcanzar la *seguridad alimentaria*, en tanto organizaciones sociales y movimientos como Vía campesina impulsan y defienden la soberanía alimentaria y la agroecología como formas para producir, acceder y consumir alimentos que sean sanos, seguros, sustentables y soberanos.

La seguridad alimentaria se entiende como la situación en la cual se garantiza el acceso permanente, físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para una vida activa y sana.²⁷¹ Para su análisis, el marco conceptual se desglosa en cuatro dimensiones interdependientes: disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad. En el contexto de América Latina y el Caribe, la dificultad radica en la coexistencia de una alta capacidad de producción con la consecuente prevalencia de alarmantes tasas de sobrepeso, obesidad y persistente subalimentación, manifestando una compleja doble o triple carga de malnutrición. Esta encrucijada no puede ser plenamente entendida sin la lente del pensamiento crítico latinoamericano, que desenmascara las fallas estructurales del modelo de desarrollo vigente.

La dimensión de la disponibilidad: la concentración y la dependencia estructural

El pilar de la disponibilidad de alimentos se refiere a la presencia física de suficientes alimentos a nivel agregado, obtenidos de la producción doméstica, las reservas o las importaciones netas.²⁷² Si bien América Latina y Caribe es un exportador neto de alimentos a nivel global, que exhibe altos índices de suministro de energía alimentaria per cápita, esta fortaleza oculta una profunda dependencia estructural. El modelo agroexportador latinoamericano está orientado primariamente a satisfacer la demanda de los centros industrializados, perpetuando la especialización en *commodities* agrícolas (soja, maíz forrajero) a expensas de la soberanía alimentaria local.²⁷³

La concentración en *commodities* genera las divisas necesarias para las importaciones (acceso), pero reduce la diversidad productiva y, por ende, la variedad de alimentos disponibles para el consumo interno.²⁷⁴ Los choques climáticos, como las sequías, y la ineficiencia en la gestión de pérdidas y desperdicios poscosecha reducen la disponibilidad neta local, exacerbando la brecha entre la producción macro y la necesidad micro.

Acceso a los alimentos: la reproducción de la desigualdad

Respecto del acceso a los alimentos nos preguntamos: ¿Aun disponiendo los pueblos de alimentos variados y suficientes pueden los individuos obtenerlos? Esta dimensión es la más sensible en América Latina y Caribe, la región más

desigual del mundo, donde el acceso está determinado por barreras económicas, físicas y sociales. La perspectiva crítica latinoamericana subraya que la dificultad de acceso no es una falla del mercado, sino una característica inherente del modelo de acumulación.

La inflación de los precios de los alimentos, impulsada por la especulación global de commodities (un efecto directo de la dependencia), actúa como un mecanismo de empobrecimiento que restringe el acceso económico de la mayoría. La escala de experiencia de inseguridad alimentaria,²⁷⁵ utilizada a nivel internacional para medir el acceso a los alimentos, documenta cómo millones de personas en la región se ven forzados a optar por dietas más baratas y menos nutritivas.

La exclusión histórica de poblaciones indígenas y afrodescendientes, la inseguridad en la tenencia de la tierra y la violencia rural (violencia estructural) limitan su capacidad productiva y su acceso a los mercados. El acceso físico (infraestructura) y el acceso social están profundamente marcados por la segmentación espacial y social generada por un desarrollo desigual.

Utilización: la crisis metabólica del desarrollo

La dimensión de la utilización se enfoca en la capacidad biológica del cuerpo para absorber y aprovechar los nutrientes. Una utilización óptima depende de la inocuidad alimentaria, la diversidad dietética y el estado de salud y saneamiento.²⁷⁶ Aquí un elemento fundamental adicional es la calidad nutricional de los alimentos.

Esta crisis es un reflejo de una crisis metabólica del desarrollo, en la que los sistemas de producción y consumo son incompatibles con la salud humana. La lógica de producción de alimentos no se correlaciona con las necesidades de nutrición de los humanos.

La doble carga de malnutrición es el síntoma de un sistema alimentario en crisis. La persistencia del retraso en el crecimiento (malnutrición crónica) en zonas rurales se correlaciona directamente con la falta de saneamiento básico y agua potable, que perpetúan las enfermedades gastrointestinales e impiden la absorción de nutrientes.²⁷⁷ Por otro lado, la epidemia de sobrepeso y obesidad (la otra cara de la doble carga) es el resultado de la transición nutricional impuesta por la industria alimentaria. La penetración de alimentos ultraprocesados, densos en calorías, pero bajos en micronutrientes, en los

mercados latinoamericanos es un efecto de la desregulación y la globalización de las cadenas alimentarias.²⁷⁸ Esta crisis es un reflejo de una crisis metabólica del desarrollo, donde los sistemas de producción y consumo son incompatibles con la salud humana.

Estabilidad: vulnerabilidad sistémica y choques externos

La estabilidad es la dimensión temporal que garantiza que las condiciones de seguridad alimentaria sean duraderas y resistentes a las perturbaciones, al medir la resiliencia del sistema. La perspectiva crítica identifica que la inestabilidad en ALC no es una serie de eventos aislados, sino una vulnerabilidad sistémica inducida por su posición periférica en la economía global.

La dependencia de las exportaciones primarias hace a la región extremadamente sensible a la volatilidad de los precios internacionales (*shocks* externos), lo que afecta la capacidad fiscal para financiar programas de protección social y amortiguar la inflación interna. A ello se suma la ausencia de políticas para preservar y fomentar la agricultura familiar campesina e indígena y el desarrollo y comercialización de los productos tradicionales.

Estamos transitando tiempos de choques múltiples. La combinación de crisis climáticas (sequías), crisis económicas (deuda) y la violencia estructural/política (migración masiva, crimen organizado y narcotráfico) actúan de forma sinérgica, desmantelando la capacidad de los hogares para asegurar su alimentación y perpetuando la inseguridad alimentaria. La migración masiva se convierte así en un indicador trágico de la pérdida de estabilidad, ya que los desplazados son despojados de sus medios de acceso y producción.

La seguridad alimentaria nutricional tradicionalmente se ha enfocado en la provisión y en la cantidad/calidad de alimentos como un derecho individual instrumental. Desde una visión hegemónica, esta postura asume que la tecnología y el mercado pueden resolver la insuficiencia alimentaria nutricional. Sin embargo, al despolitizar la disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad ignora que, la inseguridad alimentaria no es una fatalidad de la naturaleza, sino una consecuencia de la desigual distribución del poder y la riqueza. Es paradójico identificar que existe exceso de producción y el desperdicio global:

Si se produce comida suficiente para alimentar a 11.000 millones de personas, ¿por qué tantas de los 8.000 millones que habitan nuestro planeta siguen pasando hambre? [...] El hambre en el siglo XXI es indefendible. No podemos responder a estómagos vacíos con manos vacías y la espalda vuelta.²⁷⁹

Desde un análisis crítico enfatizamos que la inseguridad alimentaria no es una mera deficiencia logística (disponibilidad), sino un síntoma de desigualdad estructural (acceso) y de la incompatibilidad del modelo de desarrollo extractivo y dependiente (utilización y estabilidad) con el bienestar humano. Abordar la malnutrición exige, por tanto, una transformación profunda hacia la soberanía alimentaria, la equidad económica y la resiliencia sistémica de los cuatro pilares.

En tanto, la soberanía alimentaria, definida por los movimientos sociales en la década de 1990 y consolidada en el Foro de Nyeleni en 2007,²⁸⁰ es una propuesta de reforma radical que reconoce a las personas y las comunidades locales como agentes centrales en la lucha contra la pobreza y el hambre. Esta perspectiva exige la autonomía, la reforma agraria y el derecho prioritario a producir y consumir alimentos antes de comercializar el excedente. Lejos de ser solo una política agraria, se erige como un modelo transformador que redefine las relaciones de poder en el sistema alimentario global, marcando una distancia fundamental con los modelos hegemónicos, para garantizar la autonomía y los derechos fundamentales sobre la producción de alimentos.

El núcleo de la soberanía alimentaria reside en empoderar a las comunidades reconociendo y potenciando sus saberes y capacidades vinculados con las formas de producir y consumir. Además, se defiende el derecho inalienable de las comunidades campesinas a usar, guardar e intercambiar semillas, y se garantiza el derecho de todas las personas a acceder a alimentos que sean saludables y nutritivos. Este sistema fomenta activamente los ciclos productivos agroecológicos, respetando la diversidad climática y cultural inherente a cada comunidad.²⁸¹

Sin embargo, el éxito de la soberanía alimentaria depende intrínsecamente de un cambio de paradigma social, ético y político. Las condiciones previas esenciales para su realización son la paz social, la justicia de género, la justicia social y el desarrollo de economías solidarias. A nivel global, la propuesta exige un nuevo orden comercial que sustituya la competencia y la coacción por la cooperación y la compasión. Es decir que la soberanía alimentaria demanda

una sociedad que rechaza categóricamente la discriminación en todas sus formas –clase, raza y género– e insta a la lucha activa por la autonomía en las decisiones vinculadas al alimento, la comida y la cocina.

“Un árbol es tan fuerte como sus raíces”, esta visión propone arraigarse, desde la fortaleza social y económica, en el poder de las comunidades para lograr un sistema alimentario justo y sostenible.

Este posicionamiento contrahegemónico enfatiza el derecho colectivo a definir la propia política alimentaria, destacando el poder, capacidad e independencia de los pueblos. Recuperar la soberanía alimentaria implica “decidir qué y cómo comer” y “recuperar la identidad y la cultura de las poblaciones”.²⁸² La autonomía y la revalorización de los saberes locales y los patrones culturales en la producción son la clave para una solución que respete la integralidad del ser humano.

En este sentido, podemos afirmar que la seguridad alimentaria solo se asegura con la soberanía alimentaria basada en el control directo sobre los recursos y el respeto a los patrones culturales. Reiteramos y enfatizamos que la soberanía alimentaria es la condición *sine qua non* para alcanzar la seguridad alimentaria en la región. En los próximos apartados profundizaremos y analizaremos las principales tensiones y realidades que conviven en esta época.

Capitalismo voraz: el alimento como mercancía

La expansión del capitalismo voraz y los cambios en los patrones socioculturales, enarbolados bajo el ícono de la modernidad y el progreso, impulsaron el avance de las fronteras de los ultraprocesados, creando gran cantidad de productos “buenos para vender” pero nocivos para la materialidad (cuerpo) y subjetividad del ser humano.

La visión crítica latinoamericana se articula con el análisis de la economía política. El capitalismo voraz concibe el alimento como una mercancía. En este sentido, la perspectiva de Karl Marx, revela que el objetivo del sistema es producir alimento para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo, con un enfoque utilitario e instrumental centrado en la maximización de la ganancia.²⁸³ Esta lógica, al buscar la optimización del lucro, provoca la inequidad en el acceso y una vulnerabilidad diferencial ante el alza indiscriminada del precio de los alimentos.

La dificultad en la adquisición de alimentos seguros, nutritivos y suficientes se debe fundamentalmente a restricciones económicas como producto de la escasez de los ingresos familiares. De esta manera, numerosos sectores poblacionales obtienen –si podemos decir que obtienen– alimentos “baratos” que ofrecen saciedad sin satisfacer sus necesidades nutricionales. Cuando disminuyen los ingresos, las compras se direccionan hacia un conjunto reducido de productos industrializados, altos en grasas, carbohidratos y azúcares refinados, sodio y saborizantes artificiales cuyo valor económico es competitivo en el mercado por sobre productos nutricionalmente adecuados. La problemática central reside en la disparidad en el acceso a alimentos nutritivos, una situación que se ha intensificado desde la década de 1980 con la implementación de lo que se denomina la “dieta neoliberal”. Si bien los hogares con mayores ingresos podrían adoptar este patrón alimentario, su capacidad económica les permite eludirlo y seleccionar productos de calidad superior. En contraste, las alternativas de consumo para los sectores de bajos recursos están restringidas por la limitación económica. De manera perversa, la doctrina neoliberal tiende a “culpabilizar” a quienes consumen productos de bajo valor nutritivo por supuestas “malas elecciones”, omitiendo que la libertad de escoger es, en realidad, una ilusión. Esta realidad afecta particularmente a las familias que residen en áreas urbanas donde los adultos deben dedicar extensas horas al trabajo para la subsistencia. La escasez de ingresos se ve agravada por la falta de tiempo para la elaboración de comidas caseras.²⁸⁴ Esta tensión se hace evidente al observar el patrón alimentario imperante. No es solamente la falta de recursos para alimentos saludables, sino una cultura alimentaria determinada por un gigantesco *marketing* que moldea los hábitos alimentarios.

Desde hace casi tres décadas estamos invadidos por productos ultraprocesados (UP) denominados, por la antropóloga argentina Patricia Aguirre, como “Objetos Comestibles No Identificados” (OCNI).²⁸⁵ Estos productos rompen con la matriz simbólica tradicional, pues son alimentos desarraigados culturalmente y diseñados para reproducir un consumo masivo y estandarizado.

Los ultraprocesados constituyen una categoría de productos formulados industrialmente que contienen ingredientes no culinarios, tales como jarabe de maíz de alta fructosa, emulsionantes, saborizantes y aditivos sintéticos, diseñados para maximizar la palatabilidad, la durabilidad y la conveniencia.²⁸⁶ Se incluyen entre ellos las bebidas gaseosas y otros jugos y bebidas azucarados,

los *snacks* dulces y salados, los caramelos (dulces), los panes industriales, las tortas y galletas (bizcochos), los cereales endulzados para el desayuno, los productos cárnicos reconstituidos y los platos previamente preparados. Además de azúcares, aceites, grasas y sal, los productos ultraprocesados incluyen sustancias también derivadas de alimentos, pero no usadas en la comida casera, como los aceites hidrogenados, los almidones modificados o los aislados de proteína, y aditivos como los potenciadores del color, el sabor y el aroma. Los aditivos se emplean para imitar y aumentar las cualidades sensoriales de los alimentos naturales o para ocultar las cualidades no atractivas del producto final. Los ingredientes, y los diversos métodos de fabricación y técnicas de procesamiento usados (por consiguiente, “ultraprocesados”), crean productos listos para el consumo duraderos, accesibles, atractivos, de sabor muy agradable y altamente rentables.²⁸⁷

Este tipo de productos representan una preocupación creciente para la salud pública a nivel mundial, por su ubicuidad en la dieta moderna y su perfil nutricional deficiente que impacta en la salud. La alta presencia de ultraprocesados en la dieta se ha vinculado con un aumento en el riesgo de padecer enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, incluyendo la obesidad, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer.²⁸⁸ Más recientemente, una investigación ha revelado un vínculo entre el consumo de ultraprocesados y la mortalidad prematura (entre los 30 y 69 años).²⁸⁹ Se ha encontrado que cada aumento del 10 % en la proporción de ultraprocesados en la ingesta calórica total está relacionado con un aumento del 3 % en el riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa. El consumo de productos ultraprocesados tiene un impacto global que representa una amenaza significativa que afecta a países de ingresos bajos, medios y altos, impulsando epidemias de enfermedades crónicas. En naciones como el Reino Unido y Estados Unidos, donde los ultraprocesados constituyen cerca del 55 % de la ingesta calórica total, se estimó que el consumo de este tipo de productos fue responsable del 14 % de las muertes prematuras en 2018.²⁹⁰

Esto correspondió a 18 000 muertes en el Reino Unido y 124 000 en EE. UU. En contraste, en Colombia, donde los ultraprocesados solo representaban el 15 % de la ingesta calórica, se vincularon con solo el 4 % de las muertes prematuras (3000 muertes) ese mismo año.²⁹¹

En muchos países de América Latina el Estado perpetúa el clientelismo en el acceso a alimentos de baja calidad nutricional, acentuando la deficiencia de

micronutrientes y el exceso de energía y nutrientes críticos en población vulnerable. De esta forma, se reproduce y perpetúa el modelo a través de planes y programas de asistencia y de la formulación de políticas que resultan funcionales al modelo capitalista imperante. Los alimentos baratos reproducen la malnutrición ante un testigo, el Estado, que no tiene la capacidad –o la intencionalidad– de intervenir con propuestas integrales y de largo aliento.

Ilustramos esta paradoja en casos como el de Argentina, un país con plena disponibilidad de alimentos, donde la subsistencia de algunas familias sigue dependiendo de la dolorosa elección de priorizar la ingesta de ciertos miembros sobre otros. La crisis está en el acceso y la calidad de la utilización. La desigualdad en la adquisición de alimentos se explica por la disputa de las formas de capital y la lógica de la economía política. La crisis alimentaria se relaciona con la pobreza, el desempleo y la desaceleración económica. El alza indiscriminada del precio de los alimentos genera una vulnerabilidad diferencial que impide a vastos sectores adquirir productos adecuados para alimentarse.

Desde la década de 1980, el Estado argentino ha respondido a esta crisis con programas asistenciales de carácter permanente. Si bien estas iniciativas han evolucionado en sus modalidades e involucramiento territorial, su larga trayectoria –extendida ya por al menos cuatro generaciones– demuestra su limitación: han operado únicamente como complementos alimentarios desarticulados de las necesidades de las familias.²⁹² Esta persistente estrategia, al no abordar las condiciones estructurales subyacentes, ha sido incapaz de revertir la malnutrición. Por el contrario, estas prestaciones alimentarias, en primera instancia ofrecidas a través de la entrega de “cajas/bolsones de alimentos” profundizan la malnutrición al proporcionar fundamentalmente productos como harinas, azúcar, aceite, reforzando una alimentación con alta densidad energética y baja en valor nutritivo. Incluso las transferencias monetarias para la adquisición de alimentos, sin acciones que acompañen y orienten la compra, redundan en un acceso a una alimentación deficiente.

En consecuencia, estas políticas dejan huellas en los cuerpos moldeando la “forma de gustar”, las trayectorias de vida, las dinámicas familiares y los movimientos sociales de los afectados. Esta evidencia empírica pone de relieve la insuficiencia del asistencialismo paliativo y acentúa la urgencia de adoptar un marco de acción radical como la soberanía alimentaria, centrado en la transformación estructural.

Vínculo indisoluble entre comida, identidad y clase

El alimento es vital en tanto construcción de significados, permite definir lo que se considera “comestible”, da cuenta de la identidad, de las formas de intercambio y de las relaciones de poder en una sociedad. A su vez, lo comestible a través de las prácticas sociales y culturales define la “comida”. Se reconocen más de veinte usos de los alimentos, entre los cuales se destacan la pertenencia a un grupo social, el hecho simbólico de demostrar *status*, de generar vínculos de reciprocidad y de “dar y recibir amor”.

Patricia Aguirre subraya que la alimentación es un “hecho social total” en el que las relaciones sociales se encuentran “tan internalizadas que operan en la oscuridad”.²⁹³ La disputa entre la seguridad alimentaria promovida por organismos internacionales y la soberanía alimentaria defendida por los movimientos de base, es, en esencia, una lucha por la clasificación social y la identidad cultural que moldea la comida.

Mientras que la seguridad alimentaria se enfoca en la provisión de nutrientes (una visión instrumental y despolitizada), la soberanía alimentaria (enfoque en la autodeterminación) busca el derecho colectivo a definir la propia política alimentaria. Esta postura resuena con Aguirre, quien sostiene que la decisión de qué y cómo comer está profundamente arraigada en las categorías sociales que marcan clases, etnias y estratos. El modelo dominante, al imponer un patrón de consumo y producción desterritorializado, atenta contra la identidad y la cultura de las poblaciones, transformando la comida en una mera mercancía despojada de su valor social y simbólico. Es decir, que promueve una dieta globalizada, instrumental y homogénea, socavando los patrones culturales alimentarios impactando directamente en la capacidad de los pueblos para construir su futuro. Por lo tanto, el hambre tiene “sabor social” y es la expresión más cruda de la desigual distribución del poder. Desde esta visión, podemos afirmar que la alimentación es un “hecho social total” en el cual la disputa no es solo por nutrientes, sino por el significado social de la comida.²⁹⁴

La gastronomía, como saber cultural consolidado, ha sido históricamente la brújula del buen comer. Este saber, arraigado en la tradición y el territorio, históricamente proporcionó el relato unificado que guiaba la elección del comensal. Sin embargo, en la sociedad contemporánea, el individuo ya no se sienta a la mesa con una única narrativa cultural, sino que se enfrenta a la

paradoja de la sobreabundancia ya que es bombardeado por diferentes voces que enuncian valores vinculados al acto de comer.

Hoy, el comensal ante la decisión de alimentarse es asaltado por una cacofonía de sistemas expertos y actores con agendas y valores divergentes. Este exceso de autoridad diluye cualquier relato singular, obligando al individuo a ser su propio y solitario árbitro. Enajenado, intervenido y desprovisto de historia, relatos, prácticas, rituales y momentos compartidos vinculados a la comida el ser humano es *tierra fértil* para la imposición del mercado.

La siguiente tabla ilustra la paradoja central: el comensal debe sintetizar o elegir entre estos seis valores (o más) al decidir qué comer, lo que lleva a la ruptura de la comensalidad estructurada y al aumento de la decisión solitaria, en un falso ejercicio de la libertad individual.

Tabla 1. Decisiones del comensal frente al evento alimentario

Actor/Sistema Experto	Valor Central Ofrecido	El Conflicto en la Decisión Diaria
El Chef/Cocineros (Estética del plato)	El Placer (Rico)	Prioriza la experiencia sensorial y el deleite, que a menudo choca con restricciones dietéticas o económicas.
El Nutricionista (Salud)	La Vitalidad (Sano)	Impone métricas de balance nutricional (calorías, nutrientes) sobre el gusto o el confort emocional de la comida tradicional.
La Ecónoma/El Mercado (Logística)	La Eficiencia (Barato y Práctico)	Focaliza en la relación costo-beneficio y la rapidez, promoviendo dietas basadas en alimentos ultra-procesados accesibles.
La Industria Alimentaria (Marketing)	La Novedad (Rápido y Moderno)	Busca la aceptación del consumidor mediante la conveniencia extrema (listo para comer) y la innovación tecnológica, a veces a expensas de la frescura.

La Abuela/Tradición (Cultura)	El Confort (Tradicional)	Ofrece la seguridad de la memoria culinaria, pero puede ser percibida como lenta o nutricionalmente "pesada" por las dietas modernas.
Las redes sociales (Viralidad)	Trendy	Impone una imagen, una estética con el objetivo de ser viralizada. Se consume para "dar cuenta a otros" de este atributo.

Fuente: elaboración propia

*Trendy: hace referencia a lo que es tendencia en una temporada concreta.

La irrupción de las redes sociales (como *Instagram*, *TikTok* o *YouTube*) añade un estrato de complejidad fundamental. Aquí, el valor dominante no es ni el sabor, ni la salud intrínseca, ni la economía, sino la "fotogenia" o "viralidad". El alimento debe ser un contenido, una declaración de estilo de vida. Así podemos afirmar que un *influencer* de alimentación, a menudo sin titulación, puede promover una "dieta détox" extrema (valor: *trendy*), chocando directamente con el consejo cauteloso y basado en evidencia del nutricionista (valor: sano). El seguidor, seducido por la promesa de resultados rápidos y la estética del *influencer*, prioriza la apariencia sobre la vitalidad.

La comida se torna *instagrammeable*, en tanto los restaurantes no solo deben servir comida rica, sino también fotogénica. Se priorizan colores vibrantes, *toppings* exagerados y presentaciones altas que, irónicamente, dificultan el acto físico de comer, pero garantizan la viralidad (valor: apariencia/viral).

La crisis que pretendemos describir implica una pérdida de la transmisión de saberes y prácticas y un desdibujamiento de los patrones alimentarios propios.

La homogeneización del gusto es un proceso complejo ligado a la expansión global de la industria alimentaria y la producción de alimentos ultraprocesados.²⁹⁵ Tal es así que se definió como quinto sabor el "umami", omnipresente y característico de un sinnúmero de productos industrializados. Estos productos ultraprocesados crean un perfil sensorial uniforme, que simplifica la experiencia alimentaria a unos pocos sabores básicos altamente palatables. Esto conlleva a la "gastro-anomia" desdibujando patrones culturales

vinculados a la alimentación.²⁹⁶ La reducción sensorial afecta la capacidad del individuo para percibir y valorar la diversidad de sabores naturales y tradicionales. Se genera una experiencia sensorial estandarizada y altamente adictiva que estimula los mecanismos cerebrales de recompensa, promoviendo patrones de consumo compulsivos que desplazan progresivamente los alimentos frescos y tradicionales.²⁹⁷

En Argentina, el Centro de Nutrición Infantil ha identificado un patrón de monotonía alimentaria donde la dieta cotidiana se compone principalmente de un reducido grupo de alimentos ultraprocesados, con escasa ingesta de frutas, verduras y alimentos frescos.²⁹⁸ Esta situación no solo acarrea implicancias nutricionales negativas, sino que también conlleva a una pérdida cultural significativa.

La diversidad culinaria, patrimonio inmaterial, se ve erosionada en favor de alimentos estandarizados. No se trata únicamente de identificar los alimentos accesibles y sus combinaciones, sino que también es necesario analizar las condiciones de la comensalidad, entendida como el momento de comer en comunidad. Esto implica considerar los alimentos compartidos, su combinación, así como las rutinas, normas y actores involucrados en el acto de comer. La comensalidad es un espacio donde se socializan y refuerzan valores y normas relacionadas con la vida familiar y social.²⁹⁹ Sin embargo, la pérdida de esta práctica social ha sido una tendencia creciente. Compartir alimentos en contexto comunitario es un pilar fundamental en la construcción de vínculos sociales, cohesión comunitaria y transmisión de saberes culinarios.³⁰⁰ Este acto no solo satisface necesidades biológicas, sino que también fortalece la identidad, los valores y las relaciones afectivas.

Ferrari y De Souza argumentan que las políticas públicas que promueven la entrega masiva de alimentos industrializados, mientras responden a urgencias de seguridad alimentaria, pueden fragmentar la experiencia alimentaria colectiva y reducir la interacción social vinculada al acto de comer juntos.³⁰¹ Estas políticas tienden a fomentar patrones de consumo individualizado y acelerado, despojando a la comida de su carácter ritual y cultural.

Este fenómeno se vincula con la pérdida de la transmisión intergeneracional de saberes y prácticas alimentarias.³⁰² En contextos urbanos y precarizados, donde la vida familiar y comunitaria está fragmentada, los conocimientos sobre preparación, cultivo y rituales alimentarios se diluyen, afectando la autonomía alimentaria y la preservación de identidades culturales. La transmisión de

saberes es esencial para la soberanía alimentaria, garantizando que las comunidades mantengan modos de vida alternativos, vinculados al cuidado de la tierra y a la producción de alimentos saludables.³⁰³

El cuerpo como sitio de poder

Desde la dimensión general el modelo agroindustrial dominante compromete la capacidad saludable de la población y desarticula la identidad alimentaria. Desde esta perspectiva, el modelo del agronegocio “gobierna el presente” a través de la ruptura de la integridad de las personas para controlar su cuerpo y someter su libertad.³⁰⁴ En términos genéricos, en el mundo hasta el siglo VIII la dominación se ejercía a través del sometimiento de los cuerpos físicos.³⁰⁵

La autora María del Consuelo Chapela Mendoza señala que, en la actualidad el cuerpo humano material es el “sitio objetivo del ejercicio del poder hegemónico” donde se inscriben las condiciones de la subordinación.³⁰⁶ El poder hegemónico busca controlar el cuerpo y desde ese lugar, someter la libertad.

La crisis alimentaria impuesta caracterizada por la contaminación, dietas tóxicas y desnutrición es la marca que deja “huella” de la invasión del ser humano.

El consumo de dietas industriales son la inscripción objetiva del sometimiento del cuerpo como sitio de injusticia y dominación. Es en el *cuerpo-territorio* donde el mercado impone significados para conquistar la subjetividad del ser humano, a través de diversas estrategias como la publicidad y la promoción de productos desprovistos de sabor, identidad y nutrientes. Es en el cuerpo-territorio donde se hallan las marcas de la disputa del poder.³⁰⁷

En América Latina el consumo de una “dieta neoliberal tóxica monótona y desabrida” es la marca de esa subordinación,³⁰⁸ ante un Estado que se consolida como un testigo silencioso, incluso muchas veces cómplice, que resulta ineficaz para regular políticas públicas que protejan a las comunidades.

En el extremo opuesto, la soberanía alimentaria, al promover una alimentación sana, segura, sustentable y soberana, transforma el cuerpo en el vehículo material para alcanzar futuros de bienestar y autodeterminación.

La malnutrición es la expresión más palpable de la desigual distribución del poder. La pobreza y la exclusión deciden qué sustancias son accesibles para ser convertidas en “comida” por los grupos subalternos. La soberanía alimentaria,

al revalorizar las semillas criollas, los saberes locales y las preparaciones propias, propone un acto de recuperación de la identidad cultural y de reafirmación de que la alimentación debe ser definida por la cultura y no por el mercado.

La soberanía como vehículo de la capacidad saludable

El alimento es vital en tanto permite la construcción de significados, nutrir el cuerpo individual y colectivo, y establecer relaciones sociales. La lucha por la soberanía se articula con el concepto de salud entendido como “la capacidad del sujeto individual o colectivo de mirar al pasado para gobernar el presente para la construcción de futuros viables”.³⁰⁹

En este sentido podemos:

- Mirar al pasado: a través de la revalorización de saberes tradicionales y del uso de semillas ancestrales, cuidando el patrimonio de las comunidades.
- Gobernar el presente: a partir de la toma de decisiones horizontales y del control de los circuitos de producción/consumo.
- Construir futuros viables: a través del diseño de sistemas agroecológicos sustentables que garanticen el derecho a la alimentación sin comprometer el bienestar de las generaciones futuras.

Al defender el control directo sobre los recursos y la toma de decisiones, los pueblos ejercen esta capacidad, construyendo un futuro donde la alimentación es un derecho. Ello requiere información, entendimiento y comprensión de quiénes somos, cuál es nuestro contexto y cuáles son nuestros recursos, permitiendo a los sujetos aspirar e imaginarse en futuros posibles. Posicionados desde el apoyo y promoción de la autonomía de los sujetos, los profesionales de la salud tenemos el deber, ético y político, de proteger y respetar saberes, posicionamientos e ideologías vinculadas a la alimentación. Es necesario, reflexionar sobre los posicionamientos, conocimientos y praxis profesional, corriendo el velo de la ingenuidad, para que nos permita escuchar y acompañar en lugar de invadir y adoctrinar a sujetos individuales y colectivos sobre las formas de relacionarse con la comida y la cocina. Desde una mirada atenta y empática, es necesario comprender las visiones, saberes y prácticas que se desarrollan en el entramado sociocultural e histórico relativo a la alimentación.

Por ello, todo acercamiento y praxis que incluya educación alimentaria nutricional debe basarse en pedagogías críticas, como las impulsadas por el pedagogo Paulo Freire, que, respetando las culturas, recomponga el patrimonio culinario, acompañando procesos colectivos de recuperación de saberes.³¹⁰

En contraposición al modelo actual las estrategias de los pueblos como la agroecología, el comercio justo y el trueque son el acto de gobernar el presente al retomar el control sobre los recursos y la producción. Al decidir qué y cómo producir, las comunidades reafirman su autonomía y ejercen un control social que el Estado hegemónico niega. La soberanía alimentaria se convierte en la condición *sine qua non* para el ejercicio de la capacidad saludable.

La adopción de la agroecología y los sistemas de producción local por parte de los movimientos sociales (organizaciones de desocupados, campesinos e indígenas) demuestran su capacidad de inventar y alcanzar futuros viables, que son social y ecológicamente sustentables. No esperan un “mañana estatal”, sino que construyen en el presente, a través de formas organizativas horizontales y comunitarias, un futuro donde la alimentación es un derecho garantizado por la soberanía popular.

El concepto de salud como capacidad saludable de María del Consuelo Chapela Mendoza dota a la soberanía alimentaria de su máximo potencial emancipatorio.³¹¹

La militancia de la soberanía alimentaria, en este marco, no es una mera política agraria, sino la praxis de la salud colectiva y la materialización de la autonomía popular frente a la matriz de poder que genera el hambre y la exclusión. La soberanía alimentaria implica la capacidad de decidir qué, cómo, con quién, de qué manera y en qué circunstancia comer.

Primer acto soberano por excelencia

La lactancia humana es el primer y gran acto soberano; es una decisión política y ética de la persona gestante, su microgrupo y la sociedad en su conjunto. Trasciende la visión romántica del amamantamiento, ya que tiene una implicancia más profunda: involucra el posicionamiento de una cultura y las relaciones sociales que la conforman. En su dimensión más íntima, la lactancia es soberana ya que la persona ejerce su poder para proveer un alimento vivo, único y óptimo para su hijo/a. Esta decisión fundamental constituye el inicio

de la soberanía alimentaria, desafiando la dependencia de la potente industria de sucedáneos y sus intereses comerciales. La leche humana, un recurso perfecto y no industrializado, se convierte en el primer acto de resistencia frente a la lógica productivista.

Sin embargo, esta soberanía se encuentra constantemente acechada por la doble moral cultural y la censura. En un contexto en el que la publicidad capitaliza y expone cuerpos desnudos con fines de lucro, una madre alimentando a su hijo en un sitio público es a menudo condenada; lo cual evidencia una hipocresía que busca controlar y sexualizar el cuerpo femenino, restringiendo su función biológica esencial al ámbito privado.

Para ejemplificar esta afirmación cabe recordar un conflicto que se constituyó como un hito de resistencia en Argentina. A mediados del 2016, en una plaza de una localidad de la provincia de Buenos Aires, una madre fue increpada con ser detenida por oficiales de la fuerza policial por amamantar a su bebé en la vía pública. Los agentes, alegando falsamente la existencia de una “ley de prohibición”, ejercieron un acto de violencia institucional que pretendía embestir el derecho al amamantamiento. La indignación colectiva detonó la convocatoria de una “teteada masiva”,³¹² que implicó que cientos de mujeres se congregaran en múltiples ciudades del país para amamantar simultáneamente en un espacio público. Esta manifestación no fue solo un acto de solidaridad, sino una contundente acción política reafirmando el derecho a criar y de hacer uso de la libertad corporal. Con consignas que denunciaban la mercantilización y la censura, el movimiento reafirmó que la lactancia es un acto soberano y digno que debe ser protegido por la sociedad.

Ello da cuenta que la lactancia es mucho más que alimentación; es la reivindicación de un derecho inalienable, un ejercicio de autonomía y una constante lucha por la libertad. Es el primer acto soberano de una vida que se abre camino en un mundo que intenta, una y otra vez, ponerle límites.

La lactancia humana se posiciona como la *piedra basal* de la soberanía alimentaria. Este acto de nutrición, inmunidad y cuidado no es solo una elección personal, sino una poderosa afirmación de autonomía que se enmarca en complejas relaciones sociales y culturales.

Desafíos y oportunidades

Es inminente repensar y preguntarnos: ¿cómo establecer este tipo de relaciones en la era de la globalización en la que coexisten simultáneamente diversas formas de malnutrición en la misma población e, inclusive, entre los individuos de un mismo hogar o dentro del mismo individuo?

Estos sentidos, contruidos desde diferentes sectores sociales se vinculan a su vez con posturas que se asientan sobre supuestos disímiles –e incluso antagónicos– acerca de los modelos productivos, la tecnología, el rol de los Estados nacionales, el papel de los organismos internacionales, el campesinado, los pueblos indios, los recursos naturales, la biodiversidad, etc. Es en estos elementos donde encontramos el conflicto y la disputa por la definición del problema.

Desde posturas como la de la FAO, se afirma que el problema del hambre está vinculado a la insuficiencia en la producción de alimentos, frente a lo cual se promueve el desarrollo tecnológico y el mercado como los mecanismos capaces de asegurar el mejor acceso a los alimentos. De tal forma, la seguridad alimentaria en tanto estrategia se traduce en términos de una apuesta al crecimiento económico y al desarrollo tecnológico como reaseguro de la provisión alimentaria. Esto supone asumir una posición instrumental de la tecnología, sin tener en cuenta el problema del control sobre los recursos y las decisiones. Sin importar en manos de quien está la producción, los organismos que promueven la seguridad alimentaria enarbolan la biotecnología como vía para su realización.³¹³

Las posturas que promueven la soberanía alimentaria, por el contrario, pretenden construir alternativas que destacan el rol central de las organizaciones de productores y consumidores para la realización efectiva del derecho a la alimentación, en base a un control directo sobre los recursos. Estas perspectivas afirman que la seguridad alimentaria (considerada como una adecuada provisión de alimentos de calidad y en cantidad), en tanto derecho individual, solo puede asegurarse en la medida en que esté vigente la soberanía alimentaria (derecho a definir la propia política alimentaria), en tanto derecho colectivo de las comunidades. En tal sentido, no podría garantizarse la seguridad alimentaria en el contexto de un modelo agropecuario orientado al mercado externo y caracterizado por la expansión de monocultivos; y solo puede asegurarse un acceso adecuado a los alimentos en la medida en que estén

dadas las condiciones de autonomía, que permitan identificar las necesidades de los pueblos, teniendo en cuenta sus patrones culturales y formas de producción sustentables, tanto ecológica como socialmente. Desde esta perspectiva, presente sobre todo en las propuestas de Vía Campesina, el derecho individual a alimentos en cantidad y calidad solo puede asegurarse en la medida en que cada pueblo, dentro de un marco que garantice su autodeterminación, esté en condiciones de definir su propia política alimentaria.³¹⁴ La estrategia de la soberanía alimentaria se asienta en una postura crítica en términos tecnológicos, vinculando el problema del acceso de alimentos con el respeto a la cultura productiva y a los saberes locales de los pueblos. En tal sentido, se plantea necesario debatir las cuestiones tecnológicas y políticas, ya que de ellas depende en gran medida el control de los recursos y de las decisiones implicadas en las estrategias de acceso a la alimentación.

Esto nos demuestra que se trata de una puja entre modos antagónicos para desarrollar la agricultura y los mundos rurales, pero también entre distintos modos de construir la sociedad humana y su relación con la naturaleza.

En Argentina, emergen con toda crudeza las cuestiones hasta aquí planteadas. Para comprender la situación actual es preciso interpelar, desde una perspectiva crítica, el modo de producción, distribución y consumo de alimentos adoptado por el país en el transcurso del último cuarto de siglo. En este marco de un Estado que profundiza el modelo del agronegocio y de una tecnología funcional a los intereses del gran capital transnacional, ¿desde dónde plantear la soberanía y la seguridad alimentarias en Argentina? ¿Es posible la recomposición de un Estado que garantice la alimentación? ¿Es posible que estas tecnologías sean puestas “al servicio” del derecho a la alimentación? Creemos que las distintas experiencias que se están dando en diferentes puntos del país (protagonizadas por diversos movimientos sociales, principalmente organizaciones de desocupados, movimientos campesinos e indígenas y organizaciones socioambientales) no esperan un mañana estatal que garantice el derecho a la alimentación, ni tampoco entienden a la tecnología como un instrumento neutral capaz de colocarse por fuera de las relaciones sociales en las cuales surge y se desarrolla. Por el contrario, estas estrategias se enmarcan en una perspectiva agroecológica; de comercio justo y consumo responsable; de desarrollo local y a través de formas comunitarias de producción y apropiación del excedente. Estas formas alternativas de producción, distribución y consumo de alimentos se canalizan mediante experiencias que comprenden:

redes entre consumidores y productores; huertas y granjas comunitarias; actividades de revalorización de saberes tradicionales para la utilización de tecnologías apropiadas y recuperación de los espacios locales; entre otras. Todas estas experiencias se plantean, desde las prácticas cotidianas, garantizar el derecho a la alimentación manteniendo el control sobre los recursos y la toma de decisiones, mediante formas organizativas que tienden hacia la autonomía, las formas de decisión horizontales y la soberanía alimentaria y, por ende, la soberanía popular. En definitiva, recuperar la soberanía alimentaria implica decidir qué y cómo comer, implica también recuperar la identidad y la cultura de las poblaciones.

Estrategias globales para el desarrollo de la soberanía alimentaria

Navegar las aguas turbulentas del sistema alimentario actual exige una guía que trascienda la mera reacción a la crisis. Nuestra tarea ineludible es fijar el rumbo hacia la soberanía alimentaria, como el *girocompás*³¹⁵ hace lo propio en la navegación. Este instrumento no se doblega a las fuerzas magnéticas locales ni a las distorsiones de la coyuntura; con precisión nos ancla a la certeza del norte geográfico. De modo similar, la soberanía alimentaria actúa como nuestro principio orientador verdadero, permitiéndonos trazar líneas de acción sin desviarnos por las presiones hegemónicas.

Si bien reconocemos que no existe una única fórmula magistral ni un camino exento de bifurcaciones, proponemos a continuación algunas de las estrategias fundamentales para sostener esta práctica transformadora. Estas propuestas no deben interpretarse como una hoja de ruta rígida, sino como una brújula estratégica diseñada para ofrecer orientación e iluminar la praxis desde un posicionamiento firme e innegociable que se sustenta en tres pilares esenciales:

- El compromiso ético de reconocer el alimento como un derecho y un bien común.
- La convicción política de promover la autonomía de los pueblos para decidir sobre sus sistemas.
- La apertura epistemológica de revalorizar los saberes locales y las pedagogías críticas frente al conocimiento dominante.
- La quiebra de la lógica de mercado por una de relación armónica-solidaria entre los seres humanos y con la Pachamama.

El objetivo final es empoderar a los sujetos individuales y colectivos para que puedan gobernar su presente y construir futuros viables, tomando el control de su destino alimentario.

En el corto plazo, el desafío implica orientar o consolidar acciones que ofrezcan una respuesta ágil y certera para retomar el control sobre los recursos y los circuitos de producción/consumo, reafirmando la autonomía.

Tabla 2. Corto plazo. Gobernar el presente y fortalecer la autonomía

Estrategia	Descripción de la Acción	Articulación con conceptos Claves
Fomento Inmediato a Pequeños Agricultores	Asignación de recursos (insumos, semillas, herramientas) y espacios (tierras en desuso) para la autoproducción y la agricultura familiar agroecológica.	Gobernar el Presente: Provee los recursos necesarios para el ejercicio práctico de la autonomía productiva y el derecho a la alimentación.
Circuitos Cortos de Comercialización (Ferias, Trueque)	Priorizar y multiplicar los espacios que conectan directamente a productores y consumidores locales (Comercio Justo y Trueque). Reducir la dependencia de grandes cadenas.	Gobernar el Presente: El sujeto toma decisiones directas sobre qué, de quién y cómo consumir, controlando el circuito.
Mesas Intersectoriales y Participación Comunitaria	Fortalecer los espacios de diálogo y decisión (mesas, asambleas) involucrando a todos los actores de forma horizontal y democrática.	Gobernar el Presente: La toma de decisiones es colectiva y horizontal, legitimando la voz de los actores sociales.
Educación Alimentaria Basada en Pedagogías Críticas	Diseño e implementación rápida de talleres que respeten los saberes locales y el patrimonio culinario, promoviendo el debate crítico sobre el modelo agroindustrial.	Mirar al Pasado: Se respeta la cultura alimentaria, evitando el adoctrinamiento y promoviendo la reconstrucción del tejido social.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Mediano plazo. Mirar al pasado y consolidar la resistencia

Estas estrategias buscan institucionalizar los cambios, proteger el patrimonio y sentar las bases para sistemas más resilientes.

Estrategia	Descripción de la Acción	Articulación con conceptos Claves
Revalorización y Uso de Semillas Ancestrales	Creación y fomento de Bancos Comunitarios de Semillas o Casas de Semillas, libres de patentes, a cargo de las comunidades.	Mirar al Pasado: Recuperar el patrimonio biológico y cultural, rescatando el conocimiento tradicional asociado a las semillas y la biodiversidad.
Planes de Trabajo Universitarios y Vínculo Comunitario	Reorientación de la investigación y la extensión universitaria hacia la agroecología, la soberanía alimentaria y las pedagogías críticas.	Gobernar el Presente/Mirar al Pasado: Pone el conocimiento académico al servicio de los saberes locales, facilitando la información y el entendimiento.
Formación de Grado con Enfoque Emancipador	Reforma de los planes de estudio en salud y agronomía para incluir la Soberanía Alimentaria y las pedagogías críticas como ejes centrales.	Construir Futuros Viables: Forma a nuevos profesionales con una ética y política de respeto a la autonomía comunitaria y a los saberes.
Defensa Legal contra la Patente de Semillas	Implementación de normativas locales o nacionales que prohíban o restrinjan el registro de patentes de semillas tradicionales, garantizando su libre circulación.	Gobernar el Presente: Se ejerce el control directo sobre los recursos esenciales (semillas), defendiendo un bien común frente a la privatización hegemónica.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Largo plazo. Construir futuros viables y transformación estructural

Implica cambios profundos en el modelo productivo y social, garantizando el derecho a la alimentación para las generaciones futuras.

Estrategia	Descripción de la Acción	Articulación con conceptos Claves
Diseño e Implementación de Sistemas Agroecológicos Sustentables	Transición masiva de la agricultura convencional a la agroecología a nivel regional y nacional, con apoyo técnico y financiero sostenido.	Construir Futuros Viables: Garantiza la viabilidad social y ecológica al asegurar la producción de alimentos sanos sin comprometer los recursos de las futuras generaciones.
Reconstrucción del Tejido Social (como objetivo político)	Fomento de lazos de solidaridad y cooperación a través de prácticas como: la organización de huertas y autoproducción de alimentos, espacios de intercambio y sistemas de trueque, compras y consumo comunitario, que permiten superar la fragmentación individualista, reestablecen patrones y vínculos sociales relacionados con la alimentación.	Construir Futuros Viables: La salud colectiva se materializa en la capacidad de organizarse, creando un futuro donde el derecho a la alimentación está garantizado por la soberanía popular.
Políticas públicas y diseño e implementación de marco normativo que impulse la soberanía	Reconocimiento constitucional o legal de la Soberanía Alimentaria como un derecho fundamental y como la condición prioritaria para la salud pública.	Capacidad Saludable: Otorga el máximo potencial emancipatorio al derecho a decidir, siendo la base para que el sujeto pueda "gobernar el presente para la construcción de futuros viables".

Fuente: Elaboración propia.

Se requiere una respuesta nacional e internacional contundente a través del diseño e implementación de políticas sanitarias y alimentarias para limitar su consumo:

1. Fiscalidad: el enfoque más efectivo hasta la fecha para reducir el consumo ha sido a través de la imposición de impuestos, como el aplicado a las bebidas azucaradas, que ha generado reducciones sustanciales en su compra. No obstante, es crucial que los impuestos a una gama más amplia de productos ultraprocesados se acompañen de subsidios paralelos para alimentos saludables destinados a poblaciones con inseguridad alimentaria.

2. Regulación y concientización. Otras medidas esenciales para limitar el consumo incluyen:

2.1. Mejorar el etiquetado frontal de los envases para ayudar a los consumidores a identificar y evitar la compra de ultraprocesados.

2.2. Fortalecer las políticas alimentarias escolares para restringir los AUP.

2.3. Limitar la publicidad agresiva de comida basura dirigida a niños.

2.4. Abordar las disparidades de precios entre alimentos saludables y no saludables.

2.5. Contrarrestar la interferencia de la industria alimentaria en la formulación de políticas de salud.³¹⁶

Estrategias populares para la soberanía alimentaria: una respuesta a la determinación social del hambre

Mientras el Estado dismantela la regulación del sistema agroalimentario para la vida, los pueblos despliegan estrategias que funcionan como ejes de autonomía y autodeterminación, concretando la soberanía alimentaria en la práctica diaria. Estas estrategias no esperan una solución estatal o tecnológica neutra, sino que se basan en el control directo sobre los recursos y la toma de decisiones.

Las principales estrategias que emergen de la base social y que evidencian esta resistencia son:

1. La agroecología y la recuperación de saberes.

Es la piedra angular de las propuestas de los movimientos campesinos e indígenas, como Vía Campesina. La agroecología es un modelo productivo que

rechaza la biotecnología funcional al capital transnacional y, en cambio, se centra en:

1.1. Revalorización de saberes tradicionales: recuperar y aplicar conocimientos locales ancestrales sobre semillas, suelos y manejo de ecosistemas.

1.2. Producción sustentable: aplicar formas de producción que son ecológicamente saludables y socialmente justas, asegurando la biodiversidad y la fertilidad de la tierra.

1.3. Tecnologías apropiadas: utilizar herramientas e innovaciones que estén bajo control local y sean adecuadas a las necesidades de las comunidades.

2. Circuitos cortos y economía social.

Estas estrategias atacan el sistema de distribución dominado por las grandes corporaciones, garantizando un acceso justo tanto para el productor como para el consumidor:

2.1. Redes entre consumidores y productores: eliminación de intermediarios a través de ferias, mercados de cercanía y sistemas de consumo responsable y planificado (P. ej.: bolsones agroecológicos).

2.2. Comercio justo y consumo responsable: establecimiento de precios que cubran los costos de producción y permitan una vida digna para el campesino, fomentando una relación ética y solidaria.

2.3. Formas comunitarias de producción: cooperativas, huertas y granjas comunitarias que organizan la producción y la apropiación del excedente de manera colectiva y horizontal, fortaleciendo la soberanía popular.

3. Control político y organizativo.

La garantía de la soberanía alimentaria no es solo productiva, sino fundamentalmente política. Esto se logra a través de:

3.1. Autonomía organizacional: formas de decisión horizontales dentro de movimientos sociales (desocupados, campesinos, indígenas) que les permiten definir sus propias políticas alimentarias, al margen de las presiones corporativas o estatales.

3.2. Recuperación de espacios locales: ejercer control sobre el territorio para la producción y la distribución local, reafirmando el derecho al alimento y a la tierra.

Estas estrategias demuestran que, si bien el hambre es una consecuencia de la estructura dominante, la respuesta colectiva es la vía para la recomposición social que, al garantizar la soberanía alimentaria, asegura la seguridad alimentaria como derecho y como manifestación de una salud colectiva plena. En definitiva, la soberanía alimentaria es una disputa que, desde la base, transforma la estructura social para recuperar la dignidad y la vida. La respuesta está en la organización social que articule una lucha integrativa contra las diversas formas de inequidad, defendiendo y consolidando los modos de vivir, organizarse y protegerse propios de los pueblos, lo cual se alinea con la soberanía alimentaria.

La crisis agroalimentaria en América Latina: ejemplos de subordinación y resistencia

La profunda crisis de soberanía y seguridad alimentaria analizada se materializa con crudeza en América Latina, al evidenciar tanto la determinación estructural del agronegocio como la vitalidad de las estrategias populares de resistencia. Son los movimientos sociales los verdaderos motores de la capacidad saludable en Latinoamérica. A los fines de dar cuenta de estos procesos, se mencionan someramente algunas acciones destacadas a nivel regional:

Caso de Argentina: la soberanía subordinada y la respuesta de las organizaciones sociales

En Argentina se ilustra la paradoja de la disponibilidad. Se trata de un gigante exportador cuya lógica productiva, basada en el monocultivo de soja transgénica y el uso masivo de agrotóxicos (glifosato), genera exclusión y contaminación. La tecnología ha sido funcional al gran capital transnacional, concentrando tierras y agua y desplazando a los pequeños productores. El Estado, a su vez, responde a la inseguridad alimentaria con programas asistenciales que a menudo proporcionan productos ultraprocesados o con bajo valor nutricional (harinas, aceites, azúcar), perpetuando la doble carga de

malnutrición y la dependencia. Frente a esta determinación estructural, dos movimientos destacan en su resistencia:

Unión de Trabajadores de la Tierra (UTT): organiza a pequeños productores bajo el modelo agroecológico, transformando el paradigma de producción. Su estrategia principal consiste en la creación de circuitos cortos de comercialización, como los bolsones agroecológicos y los mercados de cercanía, que evitan intermediarios, garantizan el acceso a alimentos sanos y reafirman la autonomía económica.³¹⁷

Movimiento Campesino de Santiago del Estero (MOCASE): su lucha se centra en la defensa de la soberanía territorial y la recuperación de semillas criollas. MOCASE defiende la producción sin tóxicos, vinculando directamente la inocuidad alimentaria (utilización) con la posesión y gestión comunitaria de la tierra (acceso y control político).³¹⁸

Caso de México: la disputa por el maíz, la milpa y la identidad

En México, el asalto a la soberanía alimentaria se centra en el maíz, base cultural y alimentaria de la nación. El Tratado de Libre Comercio (TLCAN/T-MEC)³¹⁹ permitió la entrada masiva de maíz amarillo subsidiado, desplazando al campesinado productor de las vitales variedades nativas. Esto no solo afecta la disponibilidad de variedades diversas, sino que socava la identidad y la cultura ligada a la milpa como sistema de producción autosuficiente.

La resistencia se articula en la defensa de la biodiversidad y la organización política. Los movimientos de Chiapas y Oaxaca, entre otros, promueven las milpas comunitarias³²⁰ y el movimiento de defensa del maíz nativo, utilizando la agroecología como herramienta para la autodeterminación. Al preservar la semilla nativa, estas comunidades emplean sus saberes ancestrales, mantienen vivas sus redes de intercambio, libres de dependencia externa, garantizando la capacidad saludable de la población para decidir sobre su alimento fundamental.³²¹

Caso de Colombia: control campesino, circuitos cortos y la construcción de paz

Colombia ha enfrentado una severa concentración de tierras y violencia histórica que ha obstaculizado el acceso y la estabilidad de millones de campesinos. El conflicto armado y las políticas agrarias han generado un desplazamiento masivo, exponiendo a los grupos sociales a la precariedad.

La resistencia se ha manifestado en la creación de mercados campesinos y la práctica del trueque (especialmente visibles durante la pandemia de COVID-19) como estrategias de control del sistema de distribución. Estos circuitos cortos aseguran un precio justo para el productor y alimentos frescos para el consumidor, redefiniendo las relaciones sociales en torno a la comida y ejerciendo el poder popular en el presente. Además, el control campesino sobre el territorio se convierte en un mecanismo de construcción de paz, utilizando la producción alimentaria como un ancla de estabilidad social frente a la violencia crónica.³²²

Caso de Brasil: la Lucha por la Reforma Agraria y la Educación Política

En Brasil, el poder del agronegocio (ruralistas) es inmenso. Impulsa el uso de agrotóxicos (uno de los mayores consumidores mundiales) y el desalojo violento de comunidades.

El Movimiento de los Trabajadores Rurales Sin Tierra (MST) es el principal actor de resistencia. A través de la ocupación y producción de tierras bajo principios agroecológicos, el MST transforma la tierra en un recurso vital para la salud colectiva. Su estrategia no es solo productiva, sino fundamentalmente educativa y política. Las Escuelas Campesinas del MST promueven la educación en soberanía alimentaria, fortaleciendo el entendimiento y la comprensión crítica de su contexto permitiendo a las comunidades gobernar su propio destino y dismantelar el relato del desarrollo impuesto.³²³

La lucha por la reforma agraria es, en esencia, la lucha por el control político y organizativo de la base productiva. Estas acciones son la vía para la recomposición del tejido social, al demostrar que la seguridad alimentaria (provisión) solo se asegura bajo la soberanía alimentaria (derecho colectivo).

Estas formas de resistencia activa construyen “espacios de salud”³²⁴ al margen de la lógica dominante, que reafirman la identidad y el control cultural sobre un elemento vital: el alimento. Para ello, se requiere producir nuestra comida con sustentabilidad, distribuirla con equidad y consumirla en comensalidad. Cada sociedad construyó su sistema de relaciones y así como fueron construidas pueden cambiarse.

Final esperanzador

El recorrido analítico de este capítulo nos ha confrontado con la cruda realidad de la dependencia estructural y la consecuente sindemia nutricional que atraviesa América Latina. Si bien es clara la complejidad del evento alimentario, podemos afirmar que la inseguridad alimentaria es creada fundamentalmente por la injusta distribución de la riqueza, no por la geografía, el clima u otros factores. Las condiciones alimentarias de la población son exclusiva responsabilidad de la forma en que la seguridad alimentaria, en su concepción hegemónica, fracasa al no cuestionar el modelo productivo que genera las carencias y las enfermedades. La respuesta a la determinación social del hambre reside, por ende, en la soberanía alimentaria, inmersa en el marco operativo de la lucha por la salud colectiva.

Sin embargo, la mayor lección reside en el surgimiento de las estrategias populares. Estas no son meros paliativos asistenciales, sino verdaderos actos de refundación social que operan en los márgenes y en el corazón de los territorios, al demostrar que la utopía de un sistema alimentario justo es, ante todo, una posibilidad materializada en la praxis cotidiana. La soberanía alimentaria se eleva como un proyecto de esperanza porque su propuesta es inherentemente emancipadora. Al basarse en la agroecología, recupera el capital cultural y el capital social de los pueblos:³²⁵ el conocimiento ancestral de la tierra y la capacidad de organización comunitaria. Este es el contrapoder frente al capital económico del agronegocio. Cuando desde un movimiento social se genera un bolsón de verduras sanas o se protege una semilla criolla, no solo se está produciendo un alimento, sino que están recomponiendo el tejido social y reconfigurando las relaciones de poder. El ejercicio de la capacidad saludable es la posibilidad de los grupos sociales de gobernar sus propias condiciones de vida y de producción de salud. Al garantizar el control sobre los recursos (tierra, agua) y sobre las decisiones (qué, cómo y para quién producir), se restablece la autonomía que había sido usurpada.

Por lo tanto, resaltamos que la agroecología no es solo una técnica de cultivo; es una pedagogía crítica que, en las asambleas comunitarias o en las escuelas campesinas de Brasil, permiten a los pueblos comprender su contexto y tomar decisiones informadas, alineándose con una educación emancipadora que promueve la liberación a través del conocimiento.³²⁶ Es un error o una franca intención de despolitizar al alimento, las experiencias de resistencia en

México, Colombia, Brasil y Argentina ejemplifican que la seguridad alimentaria solo se asegura “bajo el paraguas” de la soberanía alimentaria. Esta afirmación no es un lema, sino la conclusión empírica de que la provisión individual de alimentos no es suficiente si el sistema productivo sigue en manos de intereses que priorizan la ganancia por sobre la salud y el ecosistema.

La asignatura pendiente, y a su vez, el horizonte de esperanza reside en la capilarización y la articulación de estas luchas. La soberanía alimentaria exige una alianza estratégica entre los movimientos campesinos, los pueblos indígenas, los consumidores urbanos organizados y los profesionales de la salud con conciencia crítica. Exige también la formulación de políticas públicas que cuiden el patrimonio cultural, la biodiversidad y la convivencia de los seres que habitamos cada ecosistema. Se requiere de un Estado protector que, como garante de derechos, blinde el sistema alimentario frente a la desregulación y los vaivenes de la especulación mercantil. Solo a través de esta convergencia será posible lograr la reforma agraria de la producción y la reforma cultural del consumo, trascendiendo la lógica del mercado para situar la vida en el centro de la escena.

La soberanía alimentaria es, en definitiva, el derecho colectivo que reivindica la capacidad individual y social de construir una vida digna, saludable y libre de la determinación estructural del agronegocio. Es una lucha que, desde la base, transforma la estructura social para recuperar la dignidad y la vida. La utopía no está en el futuro, sino en las manos que hoy cultivan la tierra, en los pies que trazan el mercado campesino y en las voces que exigen autodeterminación. Al recuperar la soberanía alimentaria, recuperamos nuestra capacidad de vivir.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2010). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Capital Intelectual.
- (2017). *Una historia social de la comida*. Lugar Editorial.
- (2021). *Comer: Puentes entre la alimentación y la cultura*. Libros del Zorzal.
- (2016). Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud Colectiva*, 12(4), 463-472. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.1266>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2018). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales*. <https://undocs.org/es/A/RES/73/165>

- Baker, P., & Monteiro, C. (2025). Policies on ultra-processed diets: feasible and urgent. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(8), 649-650. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00194-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00194-9)
- Ballard, T. J., Kepple, A. W., & Cafiero, C. (2013). *The food insecurity experience scale: Developing a global standard for monitoring hunger worldwide*. FAO. <https://www.fao.org/3/as583e/as583e.pdf>
- Barkin, D. y Lemus, B. (2015). *La soberanía alimentaria: El diseño de un nuevo sistema agroalimentario en México*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bartra, A. (2020). *El México bárbaro: Plantaciones y monterías del siglo XXI*. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, (pp. 241-258). Greenwood Press.
- (2010). *El sentido social del gusto: Elementos para una sociología de la cultura*. (A. Gutiérrez, Trad.). Siglo XXI editores. (Trabajo original publicado en 1979).
- Breihl, 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(4), 13-27.
- Bruera, M. (2025). *Comer y ser comido: indicios para una fenomenología de la incorporación*. Fondo de Cultura Económica.
- CESNI. (2023). *Monotonía alimentaria y patrones de consumo en Argentina*. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil.
- Chapela Mendoza, M. C. (2007). *Promoción de la Salud: Un enfoque basado en la salud como capacidad para la autonomía*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En E. C. Jarillo & E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 81-107). Lugar Editorial.
- (2017). El cuerpo, la salud y la alimentación en los escenarios políticos de México. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 9(23), 25-34.
- (2021). El cuerpo-territorio como espacio de resistencia social. *Revista Salud Problema: Revista de Ciencias de la Salud*, 15(29), 24-36.
- (2022). *Promoción de la salud: una utopía emancipadora*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Domínguez, D. y Sabatino, P. (2006). *La muerte de la frontera: el Movimiento Campesino de Santiago del Estero*. Editorial CLACSO.
- FAO. (1996). *Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial*. <https://www.fao.org/4/w3613s/w3613s00.htm>
- (2006). Seguridad Alimentaria. *Informe de políticas*, (2), 1-4.

- . (2022). *Informe sobre ciencia e innovación para los sistemas agroalimentarios: Tecnologías e innovación agrícolas para la seguridad alimentaria y la nutrición*. Roma, Italia, p.33. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc2274es>
- FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. Número de páginas (incluyendo las páginas preliminares). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unicef.org/lac/media/9316/file/PDF%20Panorama%20de%20la%20seguridad%20alimentaria%20y%20nutricional%20en%20América%20Latina%20y%20el%20Caribe%202019.pdf>
- FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. (2021). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021: Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una nutrición mejor y dietas asequibles y saludables para todos*. <https://doi.org/10.4060/cb4474es>
- FAO, FIDA, OPS/OMS, PMA, y UNICEF. (2024). *Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición 2024: Fomentando la resiliencia frente a la variabilidad del clima y los eventos climáticos extremos para la seguridad alimentaria y la nutrición*. <https://doi.org/10.4060/cd3877es>
- Ferrari, M. y De Souza, S. (2019). Políticas públicas de seguridad alimentaria y la transformación de la comensalidad: entre la urgencia nutricional y la fragmentación social. *Revista de Nutrición y Salud Colectiva*, p. 84.
- Freire, P. (2015). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores. (Trabajo original publicado en 1968).
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trad.). Siglo XXI editores. (Trabajo original publicado en 1975).
- Forero, J. (2020). *La economía campesina en la pospandemia: circuitos cortos y soberanía*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Foro por la Soberanía Alimentaria. (2007). *Declaración de Nyéléni*. Selingué, Malí.
- Gearhardt, A. N., & Jibrin, S. (2023). Food addiction and ultra-processed foods: Neural and behavioral mechanisms. *Nutrition Reviews*, 81(3), 247-260.
- Instituto Tricontinental de Investigación Social. (29 de mayo de 2025). Cientos de millones están muriendo de hambre. *Boletín* 22. <https://thetricontinental.org/es/newsletterissue/boletin-hambre-pobreza-desigualdad/>
- La Vía Campesina. (1996). *Declaración de la Soberanía Alimentaria: La Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación*. <https://viacampesina.org/es/1996-declaracion-de-roma-de-la-via-campesina-que-define-por-primera-vez-la-soberania-alimentaria/>
- . (2020). *Declaración sobre soberanía alimentaria y derechos de los pueblos*. <https://viacampesina.org/es/que-es-la-soberania-alimentaria/>

- La Vía Campesina. (2021). *Soberanía alimentaria, un manifiesto por el futuro de nuestro planeta. Declaración oficial de La Vía Campesina por los 25 años de lucha colectiva por la soberanía alimentaria*. <https://viacampesina.org/es/la-via-campesina-soberania-alimentaria-un-manifiesto-por-el-futuro-del-planeta/>
- López, J., Font, M., Garcés, L., y Fontefrancesco, M. F. (2024). *Explorando la antropología de la alimentación: caminos hacia la sostenibilidad y la identidad cultural*. Horizonte Académico, p. 14.
- Longhi, F. et al. (2021). Inseguridad alimentaria, hábitos alimenticios y comensalidad en comedores infantiles de Tucumán y Santiago del Estero, antes y durante la pandemia por COVID-19. *Cuadernos del CIPeCo*, 1(2), p. 12.
- Mauss M. (1950). *Sociologie et anthropologie*. [Sociología y antropología]. PUF.
- Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don: Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz Editores.
- Monteiro, C. A., et al (2019). Ultra-processed foods, diet quality, and health during the life course. *Public Health Nutrition*, 22(4), 718-731. <https://doi.org/10.1017/S136898001800376X>
- Monteiro C, Louzada M, Steele-Martinez E et al. (2025). Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence. *The Lancet*; 406, 2667-2684. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01565-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01565-X/abstract)
- Nilson, E. A. F., Enes, C. C., Levy, R. B., Rauber, F., Monteiro, C. A., & Martins, P. A. (2025). Premature mortality attributable to ultraprocessed food consumption in 8 countries. *American Journal of Preventive Medicine*, 68(6), 940-948. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(25\)00072-8/abstract](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(25)00072-8/abstract)
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (1996). *Informe de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación*. <https://www.fao.org/3/w3548s/w3548s00.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes y políticas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2020). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020*. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
- Otero, G. (2018). La dieta neoliberal y las políticas de alimentación: una crítica. En S. L. Gualtieri y J. H. Flores (Eds.), *Neoliberalismo y el derecho a la alimentación* (pp. 45-70). Siglo XXI editores.
- Salinas Ramírez, N.; Martínez, P.; Uribe Cortez, J.; Romero Santos, R. D.; García Lopez, E.; Guadalupe Soto Martín, J. J.; Castillo Martínez, A.; y Gutiérrez

- Ramírez, A. (2022). Reseña bibliográfica de *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019: Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. *Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, (175), 189-193.
- Sobal, J., & Nelson, M. K. (2003). Commensal eating patterns: A community study. *Appetite*, 41(2), 181–190. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00078-3](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00078-3)
- Sordini, M. V. (2021). *¡Coman con pan! La asistencia alimentaria en las últimas cuatro décadas*. Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Stédile, J. P. (2021). *La cuestión agraria en Brasil: debate y propuestas*. Editorial Expressão Popular.
- Suárez, V. (2020). *Agroecología y soberanía alimentaria: el caso de la Unión de Trabajadores de la Tierra*. Editorial de la Facultad de Agronomía.
- Svampa, M. (2013). “Consenso de las Commodities” y lenguajes de valoración en América Latina. *Nueva Sociedad*, (244), 30-46.
- Télam (23 de julio 2016). *Masiva teteada solidaria en San Isidro, donde impidieron amamantar a una madre*. [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=iVYiTlFanNk>

Notas

²⁶² FAO, FIDA, OPS/OMS, PMA, y UNICEF. (2024). *Panorama Regional de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición 2024: Fomentando la resiliencia frente a la variabilidad del clima y los eventos climáticos extremos para la seguridad alimentaria y la nutrición*. <https://doi.org/10.4060/cd3877es>.

²⁶³ Chapela Mendoza, M. C. (2017). El cuerpo, la salud y la alimentación en los escenarios políticos de México. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 9(23), 25-34; y FAO. (1996). *Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial*. <https://www.fao.org/4/w3613s/w3613s00.htm>.

²⁶⁴ Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don: Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz Editores, p. 69.

²⁶⁵ Bourdieu, P. (2010). *El sentido social del gusto: Elementos para una sociología de la cultura*. (A. Gutiérrez, Trad.). Siglo XXI editores. (Trabajo original publicado en 1979).

²⁶⁶ Chapela Mendoza, M. C. (2021). El cuerpo-territorio como espacio de resistencia social. *Revista Salud Problema: Revista de Ciencias de la Salud*, 15(29), p. 24-36.

²⁶⁷ La subsunción hace referencia a que lo menos complejo (lo individual) está subsumido en lo más complejo (lo colectivo), y esto, a su vez, está subsumido en la sociedad. La sociedad condiciona a los colectivos, y los colectivos condicionan la vida de los individuos. Por tanto, la salud individual y colectiva está subsumida en la lógica general de la sociedad.

²⁶⁸ Breihl, 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(4), p. 13-27.

²⁶⁹ *Ibid.*

²⁷⁰ *Ibid.*

²⁷¹ FAO. (2006). Seguridad Alimentaria. *Informe de políticas*, (2), 1-4., p.1

²⁷² *Ibid.*

²⁷³ Svampa, M. (2013). “Consenso de las Commodities” y lenguajes de valoración en América Latina. *Nueva Sociedad*, (244), 30-46.

²⁷⁴ FAO, FIDA, OMS, PMA y UNICEF. (2021). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2021: Transformación de los sistemas alimentarios en aras de la seguridad alimentaria, una nutrición mejor y dietas asequibles y saludables para todos*. <https://doi.org/10.4060/cb4474es>.

- ²⁷⁵ Ballard, T. J., Kepple, A. W., & Cafiero, C. (2013). *The food insecurity experience scale: Developing a global standard for monitoring hunger worldwide*. FAO. <https://www.fao.org/3/as583e/as583e.pdf>.
- ²⁷⁶ FAO, Seguridad..., *op. cit.*
- ²⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2020). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020*. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>.
- ²⁷⁸ Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes y políticas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51523>.
- ²⁷⁹ Instituto Tricontinental de Investigación Social. (29 de mayo de 2025). Cientos de millones están muriendo de hambre. *Boletín 22*. <https://thetricontinental.org/es/newsletterissue/boletin-hambre-pobreza-desigualdad/>
- ²⁸⁰ Foro por la Soberanía Alimentaria. (2007). *Declaración de Nyeléni*. Selingué, Malí.
- ²⁸¹ Asamblea General de las Naciones Unidas. (2018). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los campesinos y de otras personas que trabajan en las zonas rurales*. <https://undocs.org/es/A/RES/73/165>.
- ²⁸² Aguirre, P. (2017). *Una historia social de la comida*. Lugar Editorial, p. 198.
- ²⁸³ Bruera, M. (2025). *Comer y ser comido: indicios para una fenomenología de la incorporación*. Fondo de Cultura Económica, p. 7.
- ²⁸⁴ Otero, G. (2018). La dieta neoliberal y las políticas de alimentación: una crítica. En S. L. Gualtieri y J. H. Flores (Eds.), *Neoliberalismo y el derecho a la alimentación* (pp. 45-70). Siglo XXI editores.
- ²⁸⁵ Aguirre, P. (2016). Alimentación humana: el estudio científico de lo obvio. *Salud Colectiva*, 12(4), 463-472. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.1266>
- ²⁸⁶ Monteiro, C. A., et al (2019). Ultra-processed foods, diet quality, and health during the life course. *Public Health Nutrition*, 22(4), 718-731. <https://doi.org/10.1017/S136898001800376X>
- ²⁸⁷ Organización Panamericana de la Salud, *Alimentos y bebidas...*, *op. cit.*
- ²⁸⁸ Baker, P., & Monteiro, C. (2025). Policies on ultra-processed diets: feasible and urgent. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 13(8), 649-650. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(25\)00194-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(25)00194-9).
- ²⁸⁹ Nilson, E. A. F., Enes, C. C., Levy, R. B., Rauber, F., Monteiro, C. A., & Martins, P. A. (2025). Premature mortality attributable to ultraprocessed food consumption in 8 countries.

American Journal of Preventive Medicine, 68(6), 940-948. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2025.02.018>.

²⁹⁰ The Lancet. (2025). Series on Ultra-processed Foods and Human Health. *The Lancet*, 406(10520). <https://www.thelancet.com/series-do/ultra-processed-food>

²⁹¹ Baker, P., & Monteiro, C., *op. cit.*

²⁹² Sordini, M. V. (2021). *¡Coman con pan! La asistencia alimentaria en las últimas cuatro décadas*. Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

²⁹³ Aguirre, P. Aguirre, P. (2010). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Capital Intelectual, p. 8

²⁹⁴ Aguirre, P., *Una historia...*, *op. cit.*, 30-32.

²⁹⁵ Monteiro, C.A. Ultra-processed foods...*op cit* 718-731

²⁹⁶ Aguirre, P., *Una historia...*, *op. cit.*, pp. 204-206.

²⁹⁷ Gearhardt, A. N., & Jibrin, S. (2023). Food addiction and ultra-processed foods: Neural and behavioral mechanisms. *Nutrition Reviews*, 81(3), 247-260.

²⁹⁸ CESNI. (2023). *Monotonía alimentaria y patrones de consumo en Argentina*. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, p. 12.

²⁹⁹ Longhi, F. et al. (2021). Inseguridad alimentaria, hábitos alimenticios y comensalidad en comedores infantiles de Tucumán y Santiago del Estero, antes y durante la pandemia por COVID-19. *Cuadernos del CIPeCo*, 1(2), p. 12.

300 Sobal, J., & Nelson, M. K. (2003). Commensal eating patterns: A community study. *Appetite*, 41(2), 181–190. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00078-3](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00078-3)

³⁰¹ Ferrari, M. y De Souza, S. (2019). Políticas públicas de seguridad alimentaria y la transformación de la comensalidad: entre la urgencia nutricional y la fragmentación social. *Revista de Nutrición y Salud Colectiva*, p. 84.

³⁰² López, J., Font, M., Garcés, L., y Fontefrancesco, M. F. (2024). Explorando la antropología de la alimentación: caminos hacia la sostenibilidad y la identidad cultural. *Horizonte Académico*, p. 14.

³⁰³ *La Vía Campesina*. (2021) *Soberanía alimentaria, un manifiesto por el futuro de nuestro planeta. Declaración oficial de La Vía Campesina por los 25 años de lucha colectiva por la soberanía alimentaria*. <https://viacampesina.org/es/la-via-campesina-soberania-alimentaria-un-manifiesto-por-el-futuro-del-planeta/>

³⁰⁴ Chapela Mendoza, M. C., *El cuerpo-territorio...*, *op. cit.*

- ³⁰⁵ Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trad.). Siglo XXI editores. (Trabajo original publicado en 1975).
- ³⁰⁶ Chapela Mendoza, M. C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En E. C. Jarillo & E. Guinsberg (Eds.), *Temas y desafíos en salud colectiva* (pp. 81–107). Lugar Editorial.
- ³⁰⁷ Chapela Mendoza, M. C., El cuerpo-territorio..., *op. cit.*
- ³⁰⁸ Otero, G., *op. cit.*
- ³⁰⁹ Chapela Mendoza, M. C., El cuerpo-territorio..., *op. cit.*, p. 36
- ³¹⁰ Freire, P. (2015). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores. (Trabajo original publicado en 1968).
- ³¹¹ Chapela Mendoza, M. C. (2022). *Promoción de la salud: una utopía emancipadora*. Universidad Autónoma Metropolitana, p. 12.
- ³¹² Télam (23 de julio 2016). *Masiva teteada solidaria en San Isidro, donde impidieron amamantar a una madre*. [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=iVYiTLFanNk>.
- ³¹³ FAO. (2022). *Informe sobre ciencia e innovación para los sistemas agroalimentarios: Tecnologías e innovación agrícolas para la seguridad alimentaria y la nutrición*. Roma, Italia, p.33. Disponible en: <https://doi.org/10.4060/cc2274es>
- ³¹⁴ La Vía Campesina (2020). *Declaración sobre soberanía alimentaria y derechos de los pueblos*. <https://viacampesina.org/es/que-es-la-soberania-alimentaria/>
- ³¹⁵ Un girocompás es una brújula que mira siempre al norte geográfico usando un juego de discos o anillos que giran muy rápido (movidos electrónicamente) y las fuerzas de fricción para aprovechar la rotación de la Tierra.
- ³¹⁶ Baker, P., & Monteiro, C., *op. cit.*
- ³¹⁷ Suárez, V. (2020). *Agroecología y soberanía alimentaria: el caso de la Unión de Trabajadores de la Tierra*. Editorial de la Facultad de Agronomía, p. 45.
- ³¹⁸ Domínguez, D. y Sabatino, P. (2006). *La muerte de la frontera: el Movimiento Campesino de Santiago del Estero*. Editorial CLACSO, p. 82.
- ³¹⁹ Bartra, A. (2020). *El México bárbaro: Plantaciones y monterías del siglo XXI*. Fondo de Cultura Económica, p. 45.
- ³²⁰ La milpa no es solo como una técnica agrícola (policultivo), sino como un sistema de auto-determinación.
- ³²¹ Barkin, D. y Lemus, B. (2015). *La soberanía alimentaria: El diseño de un nuevo sistema agroalimentario en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, p. 92.

³²² Forero, J. (2020). *La economía campesina en la pospandemia: circuitos cortos y soberanía*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, p. 22.

³²³ Stédile, J. P. (2021). *La cuestión agraria en Brasil: debate y propuestas*. Editorial Expressão Popular, p. 114.

³²⁴ Breihl, J., *op. cit.*

³²⁵ Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, (pp. 241-258). Greenwood Press.

³²⁶ Freire, P., *op. cit.*

Capítulo IV

Epistemologías en promoción de la salud

Julio Eduardo Mazorco Salas y María Victoria Sordini

Introducción

El entendimiento de las cosas del mundo corresponde con las realidades múltiples que viven las personas en tiempos y lugares sincrónicos y distópicos. El conocimiento con el que se vive la vida cotidiana se construye en procesos que circulan entre culturas que, con el tiempo, devienen en mitos, referencias morales, costumbres u otras manifestaciones de los significados profundos que trascienden de generación en generación. En la vida cotidiana las palabras con las que nombramos y habitamos el mundo transitan por prolongados procesos de construcción y reconstrucción en las historias de los pueblos. Estos procesos guardan una interesante similitud con las propuestas científicas que se elaboran a partir de observar, plantear posibilidades, experimentar, comprobar, aprobar, desechar y construir conocimiento válido y confiable.

En particular, proponemos pensar en los refranes y dichos populares que expresan sabiduría, sentimientos y vivencias de los pueblos.³²⁷ Estas expresiones señalan verdades en una forma figurada, refieren a la política de la moral de un modo espontáneo, reflejan valores, normas y tradiciones que se traman en los modos de ser, estar, vivir y compartir con otros en comunidad. Las narrativas populares de carácter oral y tradicional se transmiten como un legado intergeneracional, dinámico y contextualizado.³²⁸ En los refranes y dichos populares se pueden encontrar imágenes, metáforas, comparaciones y símiles, que reflejan la cosmovisión, valores y creencias de una comunidad.³²⁹

La pregunta que guía a este escrito pretende hilvanar las relaciones entre los dichos populares que refieren al cuidado de la vida y de la salud y su proximidad/distanciamiento con posturas teóricas y epistémicas que dan fundamento a la promoción de la salud. El ejercicio propone poner en tensión y desafiar saberes tan arraigados en lo popular como perspectivas teóricas y epistémicas de las ciencias de la salud.

El objetivo de este capítulo es desarrollar una reflexión situada desde una mirada hermenéutica sobre la injerencia de tres perspectivas epistemológicas en

concepciones de promoción de la salud.³³⁰ Se propone un recorrido desde la ciencia tradicional hacia perspectivas paradigmáticas emergentes latinoamericanas y se ilustra a partir de diversos refranes y dichos populares que refieren a la salud.

Polisemia en promoción de la salud

Lo que puede ser conocido depende de la interacción dinámica de los valores y símbolos de cada contexto cultural (religiosos, sociales, científicos, místicos, comunicativos, del lenguaje etc.) y sus interacciones, y de un momento histórico en sus condiciones objetivas y subjetivas.³³¹ De esta forma, hay visiones de sociedad basadas en referentes de conocimiento asociado a nociones de verdad objetiva y comprobable; otras, con referentes de verdad subjetiva experiencial; otras, que integran el conocimiento; otras, que dan mayor valor de verdad a lo místico o lo simbólico.³³²

Existen sociedades que consideran que determinada cosa, símbolo o lugar no existe y, al no existir, no puede ser conocido. Por ejemplo, para sociedades marcadas por las formas de mundo científico racionales, las categorías filosóficas religiosas y espirituales no serían objeto de estudio, sino a través de herramientas que permitan su evidencia. De igual manera pasaría con las formas simbólicas culturales, por cuanto no poseen una realidad concreta y verificable desde los paradigmas positivistas. Es decir que, en lo conocible y las maneras de acceder a ello, habitan diversas perspectivas que atienden a necesidades, formas y concepciones de mundo distintas.³³³

La promoción de la salud como campo de conocimiento ha sido visto y abordado desde distintos lentes o miradas de mundo y, por ello, inscribe en sí mismo distintas formas de concebir a la salud. Como enuncia Robledo y Agudelo,³³⁴ la promoción de la salud tiene una condición polisémica en su conocimiento y en su acción. Algunos enfoques consideran que lo susceptible de ser conocido en salud es solo el cuerpo físico, mientras que otros consideran que el cuerpo simbólico-cultural también es conocible; otros incluso consideran que no basta con conocerlo, sino que es necesario transformarlo hacia formas más integrales, abarcadoras, equitativas y diversas.

Las ideas a desarrollar a continuación se ordenarán en secciones construidas desde distintas perspectivas epistemológicas que subyacen en las concepciones de promoción de la salud, a partir de los cuales se analizan dichos populares de

la sabiduría tradicional latinoamericana. Se pretende construir un diálogo entre las formas de conocimiento científico y las formas de conocimiento popular. En otras palabras, se pretende identificar la trama en la cual la sabiduría popular refleja y/o tensiona supuestos compartidos con el saber coproducido en las ciencias de la salud para, desde allí, desafiar los modos de hacer promoción de la salud. Los refranes han sido considerados como manifestaciones de formas de conocimiento de la cultura popular, portadores de memoria y parte de la construcción de costumbres, creencias, prácticas de vida y formas de ver el mundo. Tienen una fuerza epistemológica que permite establecer relaciones en las maneras como se desarrolla el conocimiento científico en relación con el desarrollo de una cultura,³³⁵ y también de las formas como un saber puede llegar a configurar las prácticas de control y regulación para el ejercicio del poder sobre sujetos y poblaciones.

En el contexto latinoamericano es frecuente escuchar algunos refranes relacionados con la salud. El ejercicio que proponemos en este capítulo es identificar los paradigmas epistemológicos que subyacen a cada refrán o dicho popular y, a partir de allí, plantear reflexiones respecto a las posibilidades que se (des)habilitan para la praxis de la promoción de la salud. En primer lugar, identificamos refranes en los que se muestra a la salud vinculada al conocimiento científico biomédico, que analizaremos desde el enfoque positivista. Luego, registramos refranes en los que se interpreta a la salud relacionada con la prevención. Este bloque será abordado desde un enfoque hermenéutico. Y, finalmente, los refranes que muestran a la salud como un campo de luchas y tensiones que estructuran y determinan los modos de vivir, enfermar y morir; estos serán revisados desde un enfoque crítico.

Enfoque positivista

El enfoque positivista concibe a la razón científica como absoluta, jerárquica, instrumental, formal y fuente de verdad científicista/biologicista. La mirada biologicista-científicista, que fragmenta y ordena el estudio disciplinar del campo de la salud, marca una preponderancia hegemónica. El modelo teórico biomédico considera a la enfermedad como el resultado de la agresión de un agente etiológico a un organismo. La enfermedad corresponde al estado interno del organismo biológico resultante del funcionamiento subnormal de algunos de sus órganos o subsistemas. El concepto biomédico de enfermedad

constituye un término de referencia para definir a la salud a partir de la ausencia la primera. La enfermedad es el desajuste o falla de los mecanismos de adaptación del organismo o una ausencia de reacción a los estímulos y ello perturba la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo.³³⁶ El modelo biomédico aborda el concepto enfermedad a partir de la patología y la clínica. Ello permite clasificar a las enfermedades a partir de su etiología como infecciosas o no infecciosas; y, según su duración como agudas o crónicas.³³⁷ Siguiendo a Chapela Mendoza, “el discurso médico hegemónico se construye por concepciones, representaciones, significados y valores propios del doxa médico en donde la salud es concebida y practicada siempre vinculada a la enfermedad en sus tres dimensiones: prevención, curación o rehabilitación”.³³⁸

En los dichos populares se observa el arraigo de las concepciones de salud como ausencia de enfermedad. Se define a la salud por su negación. Ellos refuerzan el foco de intervención en la enfermedad porque la enfermedad es lo que se manifiesta.

Estos refranes ponen en su base la relación de oposición entre salud y enfermedad: “La salud no es conocida hasta que es pérdida”; “La enfermedad se siente, pero la salud no”. Es cercana a las definiciones de salud como ausencia de enfermedad y da cuenta de un nivel de opacidad ante la salud, la naturalización de su presencia y su configuración como posesión que se tiene o se pierde, de manera que solo la distinguimos cuando se pierde. En otra expresión popular se enunciaría, a saber: “brilla por su ausencia”. Los refranes enunciados hacen manifiesto el carácter positivo, en términos biofísicos de la enfermedad respecto de la salud. Es la enfermedad la que hace presencia, se deja ver, la que indica o se manifiesta en sus síntomas. La intervención se realiza sobre la enfermedad, la intervención permite el pasaje a un estado “libre de enfermedad”.

Los siguientes refranes subrayan la disposición ante la posibilidad del lamento, la enfermedad o la pérdida de la salud: “Más vale prevenir, que curar”; “Más vale prevenir que lamentar”; “Es mejor curarse en salud”. Insinúan un enfoque de prevención ante eventuales riesgos y dan cuenta tanto de la necesidad de generar acciones previas, como de evitar acciones que puedan terminar en un daño a la salud.³³⁹ Estos refranes muestran una carga cultural externa, al suponer un ambiente de riesgo y zozobra ante posibles peligros, e interna en tanto se plantea a un sujeto con un carácter moral asociado a la desobediencia de los parámetros de “normalidad”.

Estos primeros abordajes tienen como elemento común que establecen un marco de comprensión desde una perspectiva de conocimiento positivista, con fines explicativos, procesos objetivos en individuos aislados y poblaciones abstractas.³⁴⁰ En ambos casos se hace focaliza en el rol y el conocimiento del experto. En sus formas de producción de conocimiento se le da valor al conocimiento científico y, en particular, a métodos cuantitativos; además se observa una limitada o nula relación con las realidades sociales concretas.³⁴¹ Solamente atienden el riesgo de enfermar o morir, en una fragmentación del cuerpo físico como objeto a ser intervenido para la consecución de la salud.³⁴² De igual forma, los conocimientos producidos oscilan en campos como la medicina, la psiquiatría, la epidemiología, los enfoques de riesgo y de prevención, según se puede ver en la tabla 1.

Tabla 1. La promoción de la salud y sus posicionamientos epistemológicos

Enfoques epistemológicos / dimensiones de la PS	Positivismo/ pospositivismo	Hermenéutica/ fenomenología	Críticos
Propósito de las perspectivas epistemológicas	Explicar	Comprender	Comprender y transformar
Rol del sujeto	Pasivo	Pasivo-empoderado	Activo-apoderado ³⁴³
Concepción de salud	Fisicalista	Construcción subjetivo-cultural y compleja.	Capacidad humana corporeizada y compleja
Rol de los promotores de salud	Experto	Coconstructor de sentidos	Facilitador, acompañante y agente de cambio
Metodologías de investigación	Cuantitativas	Cualitativas	Cualitativas y cualitativas críticas, metodologías laberinto, metodologías biodegradables

Posturas, experiencias y estudios	Estudios comparativos, evidencia científica, epidemiología de la enfermedad, riesgo de ocurrencia de la enfermedad, diagnósticos de condiciones y estilos de vida.	Estudios de concepciones, significados, percepciones representaciones sociales, opiniones, en salud y salud mental, saberes y prácticas, cuidado, bienestar y otros.	Promoción crítica de la salud. Epidemiología crítica. Determinación social de la salud, buen vivir y epistemologías indígenas. Procesos de apoderamiento comunitario. Procesos participativos. Relaciones de poder y justicia epistémica
Necesidades sociales a las que responde	El riesgo de enfermar y morir, estilos de vida.	Diversidad cultural.	Modos de vida, inequidad, barreras de acceso a servicios, desigualdad, pobreza, vulnerabilización, alienación social
Enfoque de evaluación	Evaluación por resultados y de impacto, evaluación por indicadores, seguimiento y monitoreo.	No evalúa, valora la diversidad de sentidos, símbolos y prácticas.	<i>Developmental evaluation</i> , evaluación de capacidades humanas, evaluación participativa, sistematización de experiencias, matriz de procesos hegemónicos

Fuente: Elaboración propia con base en la bibliografía citada.³⁴⁴

El tránsito pospositivista del enfoque de salud pública

Desde la epidemiología clásica, la noción de prevención tiene como fundamento un modelo procesal de los fenómenos patológicos denominado historia natural de la enfermedad. Este modelo implica un conjunto de procesos interactivos que general estímulo patológico en el medio ambiente pasando por la respuesta humana al estímulo hasta las alteraciones que conducen a un defecto, invalidez, recuperación o muerte.³⁴⁵ El modelo procesal de Historia Natural de la Enfermedad abarca la determinación de las enfermedades en dos dominios mutuamente exclusivos, consecutivos y complementarios a saber: un medio externo donde interactúan determinantes y agentes; y, un medio interno donde se desarrolla la enfermedad. En relación con los medios externos, se comienza a observar factores de la naturaleza física, biológica y sociopolítica-cultural. De este modo, los condicionantes ecológicos y socioeconómicos-culturales interactúan con las condiciones intrínsecas del sujeto en una etapa de prepatogénesis hasta que se instala la enfermedad.³⁴⁶ Entonces, los agentes patógenos físico y químicos, biológicos, nutricionales o genéticos no son suficientes para desencadenar el proceso patológico. Estos elementos se articulan con factores contribuyentes tales como determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos y psicosociales.³⁴⁷

Desde comienzos del siglo XX el paradigma unicausal predominante en la ciencia y en el discurso de los epidemiólogos mostro su agotamiento.³⁴⁸ Desde la *teoría de la caja negra* se comenzó a considerar las estructuras causales parcialmente conocidas y se dio lugar al paradigma multicausal. En este contexto surge el *enfoque de riesgo* como un modelo constituido por un conjunto de conceptos y técnicas epidemiológicas dirigidas a identificar y controlar problemas prioritarios de salud, focalizando las intervenciones más efectivas en los factores más fuertes y los grupos de mayor riesgo.³⁴⁹ Se abre paso a una etapa en la que la multiplicidad de causas posibles puede aparecer como inabordable; se comienza a dar lugar a la incidencia de elementos que no es posible especificar con precisión. Y, junto a ello, se comienza a estudiar el riesgo de enfermar a partir de la exposición a determinados factores.

En esta expresión –“*La salud se encuentra, más que en los botes de farmacia, en la vida arreglada*”– se evidencia un tránsito importante en la concepción de la salud vinculada a los abordajes medicalizados, expresados en la farmacia, para ubicarla en un tipo de vida particular: la vida arreglada. Se manifiesta una

reconfiguración en la que la salud y la enfermedad aparecen en la escena de la vida cotidiana mostrando, así, vestigios de un abordaje que pretende ser más integral al anterior, al complejizar desde la multicausalidad de la enfermedad. Este dicho popular o refrán involucra un estándar de vida: la enunciada como “arreglada”. La vida arreglada es una vida normada y censurada moralmente; una vida normada y normatizada a partir de la prescripción médica que recomienda comportamientos adecuados para evitar la exposición a factores de riesgo; una vida normada en la evitación de los excesos de grasas, azúcares, nicotina, alcohol, sexo, etc.; una vida habitada por recomendaciones de expertos en salud, peso ideal, porcentaje de grasa ideal, intervalos ideales para el ritmo cardíaco, los glóbulos rojos, etc.

En este enfoque, aún el rol y el conocimiento experto del promotor de salud imperan y determinan los parámetros de la vida “arreglada” y las formas de arreglarla. La prevención orientada a los factores de riesgo comportamentales se orienta a ubicar en el estilo de vida de las personas la responsabilidad de sus enfermedades. Ello constituye una variante de lo que se denomina culpabilización de la víctima o autoresponsabilización del propio sujeto-sujeta.³⁵⁰ Observar la realidad desde ese lugar nos oculta considerar cuáles son los contextos sociales, económicos, históricos, político prácticas culturales e ideológicas que configuran cómo cada persona construye sus vivencias y, de qué manera cada persona construye sus esquemas de visión, de clasificación y de valoración del mundo.³⁵¹ No obstante, la concepción de salud se amplía a un mayor número de dimensiones, conservando la biológica y expandiéndose a las ambientales. Este refrán se logra asociar con enfoques vinculados a los estilos de vida, calidad de vida, determinantes sociales de la salud, educación para la salud.³⁵²

Una mirada comprensiva y contextual

La hermenéutica y la fenomenología permiten captar las experiencias individuales situadas en contextos socioculturalmente diversos, el sentido global y común o esencias de una experiencia. La hermenéutica y la fenomenología permiten la comprensión sobre cómo las personas viven y dan sentido a lo particular de la experiencia vivida y el significado de esa experiencia en el cuerpo.³⁵³ El enfoque interpretativo permite conocer la vida social,

económica, aspectos ambientales desde los sentidos y significados que la personas le dan al mundo de la vida cotidiana.

En los siguientes refranes, se enuncia una concepción de salud, su cuidado y promoción puesta en los saberes y sabores locales, como el caldo de gallina usado como medicina popular: “*Caldo de gallina es famosa medicina*”; “*Según dijo Galeno, lo que para unos es malo, para otros es bueno*”. Esta expresión evoca recuerdos de la madre y de la abuela, quienes dicen ocasionalmente: “hijo, estoy necesitando una sopita, no me siento bien”. Este refrán tiene olor y sabor, tiene memoria en los significados y las vivencias de la sopa en las prácticas familiares latinoamericanas, la sopa alivia y alimenta el cuerpo y el alma.

Las expresiones invitan a una promoción de la salud abierta a la comprensión de lo local, lo regional, a formas y expresiones de apropiación cultural que desde la promoción de la salud como saber experto no siempre son reconocidas. Se incorpora un enfoque de diversidad cultural de la salud. Esto favorece un enmarcamiento en una perspectiva epistemológica hermenéutica con propósitos comprensivos, con una comprensión de la salud como fenómeno y construcción subjetivo-cultural. En este enfoque el promotor de la salud se torna dispuesto y con la apertura curiosa de comprender el fenómeno, saber que es situado, contextual y temporal. Además, considera como experto en salud a los sujetos y comunidades de los territorios en los que se está. Se abre el paradigma al uso de los diseños metodológicos cualitativos con enfoques de metodologías participativas.³⁵⁴ Entiende la salud como manifestación cultural y la estudia, por ejemplo, a través de categorías como concepciones, significados, representaciones sociales, prácticas y otras,³⁵⁵ tal como se detalla en la tabla 1.

Enfoques críticos

Los enfoques críticos manifiestan una ruptura con el empirismo lineal porque desacralizan la primacía de la asociación causa-efecto como organizadora principal del universo epidemiológico.³⁵⁶ Tensionan el campo de la salud y se proponen como corrientes alternativas al enfoque de riesgo y a su análisis lineal y fragmentado de la causalidad. El enfoque de riesgo invisibiliza y enmascara el papel de las condiciones socioeconómicas en que se desarrolla el grupo y desconoce que la interacción entre los factores cambia a lo largo del tiempo.³⁵⁷

Si bien, bajo el paraguas del enfoque de riesgo se diseñaron diversos modelos de multicausalidad –de causas múltiples, de efecto único, de efectos múltiples, de causas componentes–, el modelo de multicausalidad se centra en la búsqueda y medición de factores individuales aislados y dispersos.³⁵⁸ Desde las perspectivas críticas se observa a la noción de determinantes sociales de salud como una enumeración de causas de la causa.³⁵⁹ En este sentido, los enfoques críticos han ilustrado el efecto nocivo del modelo neoliberal sobre la salud de la población y la importancia de incidir en el ámbito político para transformar la situación sanitaria mundial.³⁶⁰ Los enfoques críticos se posicionan desde la noción de la salud colectiva en la cual las personas están ubicadas en un contexto social y económico e indaga más las causas estructurales y no tanto los riesgos individuales.

Este refrán –“*No hay mal que dure cien años, ni cuerpo que lo resista*”– expresa un reenmarcamiento para la salud y la promoción de la salud. En su uso cultural, pone su foco en la esperanza. Es un dicho de consuelo ante un mal con el cual recuerda, a quien lo padece, que hay algo más después de este mal; invita a un futuro posible desde un presente asentado en la esperanza del consuelo. En sus enunciados hace un reenmarcamiento clave para la promoción de la salud porque cuestiona el determinismo medicalizado de la enfermedad, a través de conciliar el tiempo y el espacio:³⁶¹ el tiempo, en el primer enunciado, le da durabilidad, “no hay mal que dure cien años” y, espacialmente se sitúa en el cuerpo “ni cuerpo que lo resista”. Esto último es igualmente significativo porque pone en el centro al cuerpo, un cuerpo atravesado por el mal y la resistencia.

Recordar el lugar del cuerpo en los procesos de dominación material y simbólica lleva a concebir que “la enfermedad más frecuente es pobreza escrita en los cuerpos-territorio individuales y colectivos”.³⁶² La pobreza deja marcas en los cuerpos, en los procesos de subjetivación y en las prácticas para el conocimiento y cuidado de sí mismo, de los otros y de lo otro. En otras palabras, se entiende el lugar del cuerpo en sus condiciones materiales y simbólicas y en la producción de su propio presente y futuro, “expresado en su capacidad para identificar y lograr sus aspiraciones individuales y colectivas”.³⁶³ El refrán orienta un horizonte de acción hacia un futuro en el no exista “el mal” porque “no hay mal que dure cien años”.

Este refrán nos evoca el texto de María del Consuelo Chapela Mendoza, *Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores*,³⁶⁴ cuando enuncia que “un cuerpo que no se desgasta y al que

no le pasa nada, es un cuerpo sin vida. Si vivimos, a fuerza nos desgastamos. El arte es poder decidir cómo vivimos, más que cómo se desgasta o se transforma nuestro cuerpo”.³⁶⁵ Este abordaje invita a una promoción de la salud puesta al servicio de la liberación, de la autonomía sobre nuestros cuerpos, una promoción de la salud que amplía su mirada a la vida.

Este enfoque entra en diálogo con perspectivas críticas, pues tiene como propósito la transformación. Considera a los sujetos como sujetos activos en procesos de apoderamiento y por ello los considera actores de procesos de coproducción de conocimiento. El promotor de salud se enfoca como un facilitador o acompañante de procesos sociales y comunitarios. Además, se comprende a la salud como capacidad individual y colectiva y como medio para el desarrollo humano de los pueblos. Esto se evidencia en referentes como la promoción crítica de la salud, la medicina social latinoamericana, la salud colectiva, la salud mental comunitaria, la epidemiología crítica.³⁶⁶

Enfoques críticos y ontoepistemologías emergentes

El trayecto enunciado refleja distintas ontoepistemologías y dan cuenta de una tensión histórica en las formas de desarrollo del conocimiento humano. Los avances en el campo de la promoción de la salud (PS) han estado ligados a los procesos científicos, históricos y sociales que sirvieron de trasfondo ideológico, ético y político para las distintas maneras de concebir la PS, sus formas de generación de conocimiento y modos de acción. La PS como campo de conocimiento ha transitado y sigue en tránsito entre los distintos enfoques paradigmáticos de las formas de conocer y, así mismo, coexiste con distintas disciplinas y diversas perspectivas, desde formas de saberes locales hasta formas de conocimiento científico.³⁶⁷ Esta comprensión demanda de la promoción de la salud una apuesta de diálogo de saberes interno y externo: interno, entre sus construcciones explicativas, comprensivas, constructivistas y transformativas; externo se refiere a la relación con otros campos de la vida, procesos sociales y comunitarios, perspectivas indígenas, otros saberes, otras formas de conocer y de acceder al conocimiento. Esto último es lo que se propone en este apartado como centro de los desafíos epistemológicos y en la acción para la promoción de la salud.

La noción de ontoepistemología resalta el carácter participativo de los procesos de construcción de conocimiento y parte de una propuesta plural.³⁶⁸

Cajigas indica que el proceso de conocimiento se da desde una perspectiva enactiva en tanto proceso emergente de vivencias que disponen el desarrollo de conocimientos y prácticas. Entonces *conocer*, lo epistemológico, atraviesa el ser que a su vez está en proceso de conocer, de modo que el *ser* y el *conocer* se conjugan. El autor enuncia que “el mundo ya no se ve ni como realidad aparte ni como mera construcción representacional, sino como la danza entre participantes activos en un proceso de co-evolución: las mentes y las culturas están co-constituidas con mundos particulares”.³⁶⁹ De esto se desprende entonces una disolución de la perspectiva dualista que separa conocimiento y realidad, se cuestiona el estatuto tautológico de la ciencia tradicional y sus nociones de verdad objetiva y abre la frontera a otros procesos de coevolución del ser y el conocer en la coconstrucción de formas de vida alternativas.

Distintos autores a lo largo de la historia han anunciado la crisis de las ciencias como fueron concebidas a lo largo de la historia occidental.³⁷⁰ Con la crisis de las ciencias, se ha hecho presente que la forma de mundo propuesta por el conocimiento científico y su método es una visión que en sí misma es chata, debido a que logra dar cuenta de apenas una parte de la experiencia de mundo enmarcada en dinámicas complejas. La ciencia occidental da cuenta de lo que puede dar cuenta. Ahora, esta crisis no se reduce a la forma científica de producción de conocimiento, sino que se extiende de manera holística por la historia de la humanidad. Así como el conocimiento científico que inspiró el desarrollo de las ciencias y, con estas, de ideas de sociedad, instituciones, producción económica, principios y formas políticas y un marco de control y regulación de la vida; la crisis se expresa precisamente en las formas de vida construidas hasta la actualidad.

La promoción de la salud emancipadora dialoga en un marco ontoepistemológico emergente. Este tipo de promoción de salud implica modelos de desarrollo que le apuesten al cuidado mutuo y cuidado de la vida, se centra en la equidad y en las formas más justas y sabias de vivir, propone una relación armónica con la naturaleza, la solidaridad, la interdependencia y la autonomía. La promoción de la salud emancipadora se trama a partir de la construcción colectiva del conocimiento. De esta manera, se trata de un paradigma que se presenta como alternativo a la hegemonía neoliberal en la cual la sociedad se organiza a partir del mercado, de la expropiación de los bienes comunes y de las inequidades estructurales en clases sociales, género y etnia. La promoción de la salud emancipadora asume una relación con

naturaleza a partir de la soberanía y la solidaridad. La promoción de salud emancipadora muestra una transformación a un estadio que trasciende al modelo médico hegemónico y concibe a la salud como una fuente de riqueza.

Los refranes mencionados – “*La salud no tiene precio*”; “*Bienvenido el que llega, cariño al que se queda, salud al que se va*”; “*Nadie se salva solo*” – muestran un intersticio a la mercantilización de la vida. Definen a la salud como riqueza que trasciende al mercado porque “no tiene precio”. También, refieren a la salud desde el encuentro con el otro y allí, aparece el otro como posibilidad de coconstruir de manera activa la salud. ¿Quién produce el conocimiento en promoción de la salud? ¿A quién beneficia ese conocimiento? ¿Para qué promocionar la salud?

El refrán o dicho popular que indica “salud al que se va” expresa un deseo de bienestar. La bienvenida, el amor y la salud a los otros como elementos de reciprocidad en la interacción mutua. El amor es desear la autonomía del otro y la salud es desear las fuentes de riqueza para el despliegue de la vida en bienestar.³⁷¹ Promover salud, desde este paradigma, implica dar lugar al espacio de lucha de poder guiado por utopías emancipatorias. El conocimiento en torno a la promoción de salud se coconstruye con otros en espacios de investigación, reflexión, dialogo, planificación y práctica en relación a los problemas de la vida cotidiana.

El mundo es un pluriverso político, cultural y cognitivo. La vida se organiza y experimenta de varios modos. Se produce conocimiento a través de una diversidad de estrategias, de procesos de imaginación, que permiten comprender las diversas dimensiones de la naturaleza y a nosotros como parte de ella. No solo existe una pluralidad de formas de conocimiento que corresponde a la diversidad de culturas, sino que también al interior de cada cultura se desarrolla una pluralidad de formas de pensamiento.³⁷²

Las pluralidades de formas de pensamiento permiten reconocer las tramas de poder en las que sucede el sufrimiento de las personas y los grupos sociales y, desde allí, formular futuros posibles que reflejen el deseo emancipador. Al reconocernos sujetos activos en salud buscamos las causas que erosionan nuestras condiciones de vida. Habilitar la pluralidad de pensamiento requiere de la escucha activa del otro y los otros.

El tomar la palabra o alguna otra vía de expresión y el ser escuchados, constituyen el primer paso para conocernos y darnos a conocer para decidir en

base a lo que queremos y no queremos, y para abordar la salud y su construcción comunitaria.³⁷³

En tanto sujetos activos de nuestra salud, habitar el intersticio en el que la promoción y el cuidado de la salud trasciende a la mercantilización de la vida y, junto a ello, el amor movilice el encuentro para generar condiciones de autonomía coconstruiremos una salud colectiva en la que los patrones de morbimortalidad que reflejen otro modo, posible, de vivir. Cada persona, con sus estilos de vida, y cada comunidad con sus modos de vida se constituyen con un bagaje cultural, étnico, socioeconómico, ancestral que les hace ver la realidad, la enfermedad y la salud desde distintos lugares. Entonces, es de imperiosa necesidad dar lugar a todas esas visiones, a todas esas maneras de concebir la salud y a la vida.

Consideraciones finales

En el modo en el que nombramos y definimos los problemas de salud subyacen las posibilidades de acción para intervenir –en la vida de los otros–. Por ello, en cada momento histórico la tensión y disputa entre las teorías dominantes y las alternativas han orientado la acción que impero en cada época.

La construcción de la promoción de la salud como ontoepistemología nos permite conciliar la fragmentación entre epistemología y acción. Identificar las perspectivas hegemónicas como relación de saber/poder y reubicarse desde otras perspectivas, priorizando la salud de los pueblos es hacer de la promoción de la salud una herramienta que contribuya a sociedades más saludables –en sentido de Chapela Mendoza– y más humanas. Para ello se propone la construcción del diálogo de saberes y prácticas locales, ancestrales e interculturales de vida en cada oportunidad cotidiana –pedagogía de autocultivo–. Nombrase desde la diversidad y la pluralidad para ejercitar el diálogo y sobre todo la escucha con perspectivas del Sur global, ontoepistemologías indígenas, afrodescendientes y del buen vivir.

Cada acción de promoción de la salud situada contiene una influencia reciproca con la determinación social macroestructural; revisar y cuestionar las epistemologías hegemónicas permitirán consolidar la resistencia a la mercantilización de la vida y a la expropiación de los bienes comunes y de las energías biológicas y sociales que propone el modelo de acumulación imperante. Fortalecer los lazos humanos para potenciar las capacidades de

proyectar futuros otros permitirán resituar a el cuidado y a la promoción de salud más allá de la institucionalidad hegemónica y ejercer una praxis a partir de, y junto con las comunidades y sus particularidades. Desafiar los preconceptos, de los saberes hegemónicos y confiar en el otro (en tanto fuente de riqueza de saberes contrahegemónicos) como posibilidad epistémica de ubicarnos en el intermedio entre el saber y la ignorancia. Moverse de la autoafirmación epistémica para habilitar otros saberes, porque a partir de la confianza aumentan las posibilidades para la acción.³⁷⁴

Ello implicará, en primer lugar, realizar una vigilancia epistemológica en la que asumimos que el conocimiento se alcanza en contra de un conocimiento anterior³⁷⁵ y se reconoce la propia posición y disposición de clase, académico y biográfica que contornea nuestras posibilidades de ver el mundo.³⁷⁶ Luego, será posible escuchar y observar con disposición a lo otro, sin la ilusión de un saber inmediato, sin producir concepciones ficticias en torno a las condiciones de credibilidad.³⁷⁷ Desde esta vigilancia epistémica se propone romper con la reproducción de saberes y prácticas del hacer que ubican a la promoción de la salud como una herramienta prescriptiva sobre el comportamiento del otro. Solo a partir de la vigilancia epistemológica se evitará la violencia epistémica de no escuchar al otro. Entonces, desde las prácticas situadas nutrir la trama de relaciones sociales que resisten a la mercantilización de la vida y proponen una alternativa-alterativa a la coconstrucción de procesos que acompañen el cuidado de la salud y la vida y potencien las capacidades de diagramar y lograr futuros posibles.

Bibliografía

- Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. Z. (2008). *Introducción a la epidemiología*. Editorial Lugar.
- Arroyo, H. (2004). *La promoción de la salud en Latinoamérica: modelos, estructuras y visión crítica*. Universidad de Puerto Rico.
- Bachelard, G. (1984). *La formación del espíritu científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo* (J. Babini, Trad.). Siglo XXI editores.
- Bourdieu, P. (2008). La ruptura. En P. Bourdieu, J. C. Chamboredon, y J. C. Passeron, *El oficio de sociólogo* (pp. 27-49). Siglo XXI editores.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1), 13-27.

- Cajigas Rotundo, J. (2017). Ontoepistemologías indígenas. *Tabula Rasa*, 26, 125-139. <https://doi.org/10.25058/20112742.n26.7>
- Casallas, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Chapela Mendoza, M. C. (2006). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Guinsberg y E. Jarillo (Eds.), *La salud colectiva en México. Temas y desafíos* (pp. 347-373). Lugar Editorial.
- (2008). Cinco errores frecuentes en el trabajo de promoción de la salud. *Manovuelta, Revista de la UACM para las comunidades*, 3(8), 28-32.
- (2014). Desafíos metodológicos de la investigación cualitativa en salud: Remontar la corporeización positivista para mejorar la salud. *Forum Sociológico*, (24), 55-62. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1051>
- (2015). Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores. En *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor* (pp. 139-161). Instituto Nacional de Geriátría.
- Coronel Carbo, J., y Marzo Páez, N. (2017). La promoción de la salud: Evolución y retos en América Latina. *MEDISAN*, 21(7), 926-932.
- Cubero, C., y Villanueva, L. (2014). Dichos populares al rescate de la cultura centroamericana. *Repertorio Americano*, (24), 69-83.
- De Zubiría, S. (2015). Bioética, crisis y epistemologías emergentes. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(3), 41-49. <https://doi.org/10.18270/rcb.v6i3.836>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. [El Manual Sage de investigación cualitativa]. Sage Publications.
- Díaz Mosquera, S. P., Rodríguez Villamil, L. N., y Valencia González, A. M. (2015). Análisis de publicaciones en promoción de la salud: Una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 32-47. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.apps>
- Di Leo, P. F. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: Constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud Colectiva*, 5(3), 377-389. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.241>
- Duque Páramo, M. C. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 123-138. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1590/1014>
- Durán, E. (1998). Definición del concepto de salud. En I. Amigo, C. Fernández & M. Pérez. *Manual de Psicología de la Salud*. Pp.9-17. España: Pirámide.

- Dussel, E. (15 de septiembre de 2017). *Pluriverso y Transmodernidad*. [Video]. Youtube.
https://www.youtube.com/watch?v=BGuOaTey2UY&feature=emb_title
- Farah, I. (2009). Prólogo. En L. Olivé, B. de Sousa Santos, C. Salazar de la Torre, L. H. Antezana, W. Navia Romero, L. Tapia, G. Valencia García, M. Puchet Anyul, M. Gil, M. Aguiluz Ibarguen, H. J. Suárez, *Pluralismo Epistemológico* (13-17). CLACSO.
- Feo Istúriz, O., Rodrigues, A. y Gómez Arias, R. (2022). Epidemiología crítica latinoamericana. En R. Gómez Arias (Comp.), *Notas de clase: debates en salud pública y epidemiología*. (pp. 207-240). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Universidad CES.
- Fernández Poncela, A. M. (2012). La cultura popular: los refranes hoy. *Revista de Folklore*. (364). <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-cultura-popular-los-refranes-hoy-783784>
- Fuenmayor, R. (2000). *Sentido y sinsentido del desarrollo*. Consejo de publicaciones Universidad de los Andes.
- Feyerabend, P. (1970). *Contra el método*. Verso.
----- (1978). *La ciencia en una sociedad libre*. Verso.
- Gallegos, M. S., Ayala, M. F. S., Jiménez, R. B. R., y Gallegos, A. M. S. (2023). Dichos populares en la memoria de estudiantes universitarios: relación con valores, íconos y colores. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(7), 138-152.
- Gil Girbau, M., Pons Vigués, M., Rubio Valera, M., Murrugarra, G., Masluk, B., Rodríguez Martín, B., García Pineda, A., Vidal Tomás, C., Conejo Cerón, S., Recio, J. I., Martínez, C., Pujol-Ribera, E., y Berenguera, A. (2021). Modelos teóricos en atención primaria y promoción de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(2), 123-130.
- Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. [El cuadro de diálogo de paradigmas]. Sage Publications.
- Jacobo Elizondo, J., Mariscal, M. y Gómez Arias, R. (2022). El pensamiento causal en la epidemiología anglosajona y su desarrollo crítico en Latinoamérica. En R. Gómez Arias, R. (Comp.), *Notas de clase: debates en salud pública y epidemiología* (pp. 165-206). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Universidad CES.
- Jénicek, M. & Clérout, R. (1982). *Épidemiologie clinique*. [Epidemiología clínica]. Edisen Inc.
- Keleher, H., Macdougall, C. & Murphy, B. (2007). *Understanding health promotion*. [Comprender la promoción de la salud]. Oxford.
- Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. [La estructura de las revoluciones científicas]. Chicago University.

- Leavell, H. y Clark, E. (1976). *Medicina preventiva*. McGraw-Hill.
- Lundberg, C., & Young, C. (2005). *Foundations for Inquiry*. [Fundamentos de la investigación]. Stanford.
- Mendieta Izquierdo, G., Ramírez Rodríguez, J. C. y Fuerte, J. A. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 435-443.
- Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Mogollón Pérez, A. (2010). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.578>
- Olivé, L. (2009). Por una auténtica interculturalidad basada en el reconocimiento de la pluralidad epistemológica. En L. Olivé, B. de Sousa Santos, C. Salazar de la Torre, L. H. Antezana, W. Navia Romero, L. Tapia, G. Valencia García, M. Puchet Anyul, M. Gil, M. Aguiluz Ibargüen, H. J. Suárez, *Pluralismo Epistemológico* (pp. 19-30). CLACSO.
- Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22.
- Robledo Martínez, R., y Agudelo Calderón, C. A. (2011a). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 1031-1050. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600015&lng=en&tlng=es
- (2011b). Enfoques epistemológicos en promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, 13(1), 141-150.
- Scribano, A. (2020). *Teoría social y política de las sensibilidades*. Eseditora.
- Soteldo, S., y Gásperi, R. J. (2017). Perspectivas epistemológicas en salud colectiva latinoamericana. *Revista de Enfermería y Ciencias de la Salud*, 4(2), 45-58.
- Tognoni, G., Sampaoli, A., Barri, H., y Butinof, M. (2011). *Manual de Epidemiología Comunitaria: el camino de las comunidades*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Urquía, M. L. (2006). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología* (Colección Salud Comunitaria). Universidad Nacional de Lanús.
- Veliz, R., Ceballos, V. Paula, Valenzuela, S. Sandra, y Sanhueza, A. Olivia. (2012). Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería*, 21(4), 224-228. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300010>
- Vergara Quintero, M del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.

Notas

³²⁷ Cubero, C., y Villanueva, L. (2014). Dichos populares al rescate de la cultura centroamericana. *Repertorio Americano*, (24), 69-83.

³²⁸ Fernández Poncela, A. M. (2012). La cultura popular: los refranes hoy. *Revista de Folklore*. (364). <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-cultura-popular-los-refranes-hoy-783784>

³²⁹ Gallegos, M. S., Ayala, M. F. S., Jiménez, R. B. R., y Gallegos, A. M. S. (2023). Dichos populares en la memoria de estudiantes universitarios: relación con valores, íconos y colores. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(7), 138-152.

³³⁰ Coronel Carbo, J., y Marzo Páez, N. (2017). La promoción de la salud: Evolución y retos en América Latina. *MEDISAN*, 21(7), 926-932; Mogollón Pérez, A. (2010). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(1), 62-77. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.578>; Robledo Martínez, R., y Agudelo Calderón, C. A. (2011a). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 1031-1050. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600015&lng=en&tlng=es; Chapela Mendoza, M. C. (2006). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Guinsberg y E. Jarillo (Eds.), *La salud colectiva en México. Temas y desafíos* (pp. 347-373). Lugar Editorial.

³³¹ Guba, E. (1990). *The paradigm dialog*. [El cuadro de diálogo de paradigmas]. Sage Publications; Lundberg, C., & Young, C. (2005). *Foundations for Inquiry*. [Fundamentos de la investigación]. Stanford; Ricoy, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22.

³³² Kuhn, T. (1962). *The structure of scientific revolutions*. [La estructura de las revoluciones científicas]. Chicago University.

³³³ Guba, E., *op. cit.*; Lundberg, C., & Young, C., *op. cit.*; Ricoy, C., *op. cit.*; Dussel, E. (15 de septiembre de 2017). *Pluriverso y Transmodernidad*. [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=BGuOaTey2UY&feature=emb_title.

³³⁴ Robledo Martinez, R., y Agudelo Calderón, C. A., *op. cit.*

³³⁵ Kuhn, T., *op. cit.*

³³⁶ Jénicek, M. & Cléroux, R. (1982). *Épidemiologie clinique*. [Epidemiología clínica]. Edisen Inc.

³³⁷ Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. Z. (2008). *Introducción a la epidemiología*. Editorial Lugar.

³³⁸ Chapela Mendoza, M. C., *op. cit.*, p. 8.

³³⁹ Díaz Mosquera, S. P., Rodríguez Villamil, L. N., y Valencia González, A. M. (2015). Análisis de publicaciones en promoción de la salud: Una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 32-47. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps18-28.apps>

³⁴⁰ Veliz, R., Ceballos, V. Paula, Valenzuela, S. Sandra, y Sanhueza, A. Olivia. (2012). Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería*, 21(4), 224-228. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300010>

³⁴¹ Guba, E., *op. cit.*; Lundberg, C., & Young, C., *op. cit.*; Ricoy, C., *op. cit.*

³⁴² Chapela Mendoza, M. C. (2014). Desafíos metodológicos de la investigación cualitativa en salud: Remontar la corporeización positivista para mejorar la salud. *Forum Sociológico*, (24), 55-62. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1051>.

³⁴³ Chapela Mendoza, M. C., Promoción de la salud..., *op. cit.*, propone una diferenciación entre el empoderamiento y el apoderamiento para pensar los sujetos de la promoción de la salud. En el primero (empoderamiento) hace referencia a una relación aún jerárquica donde un otro confiere poder, de modo que empodera al otro, distinto al apoderamiento como el ejercicio de las capacidades humanas y construcción de poder que busca la perspectiva crítica.

³⁴⁴ Lundberg, C., & Young, C., *op. cit.*; Keleher, H., Macdougall, C. & Murphy, B. (2007). *Understanding health promotion*. [Comprender la promoción de la salud]. Oxford; Arroyo, H. (2004). *La promoción de la salud en Latinoamérica: modelos, estructuras y visión crítica*. Universidad de Puerto Rico; Vergara Quintero, M del C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50; Chapela Mendoza, M. C., Promoción de la salud..., *op. cit.*; Robledo Martinez, R., y Agudelo Calderón, C. A., *op. cit.*; Dussel, E., *op. cit.*; Olivé, L., *op. cit.*; Ricoy, C., *op. cit.*; De Zubiría, S. (2015). Bioética, crisis y epistemologías emergentes. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(3), 41-49. <https://doi.org/10.18270/rcb.v6i3.836>; Cajigas Rotundo, J., *op. cit.*; Di Leo, P. F. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: Constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud Colectiva*, 5(3), 377-389. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.241>.

³⁴⁵ Leavell, H. y Clarck, E. (1976). *Medicina preventiva*. McGraw-Hill.

³⁴⁶ Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. Z., *op. cit.*

³⁴⁷ *Ibid.*

³⁴⁸ En la era de las enfermedades infecciosas vigente durante siglo XIX y XX se presentó como hegemónico el paradigma de la teoría del germen en la cual el modelo de análisis central es el laboratorio. La perspectiva es unicausal porque pretende identificar al agente como microorganismo, bacteria, virus o parásito que causa la enfermedad. Las medidas de intervención más frecuentes son las vacunas y cuarentenas que permitan el aislamiento. El desarrollo de los labo-

ratorios y la industria farmacéutica comienza a tomar predominio. Urquía, M. L. (2006). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología* (Colección Salud Comunitaria). Universidad Nacional de Lanús.

³⁴⁹ Jacobo Elizondo, J., Mariscal, M. y Gómez Arias, R. (2022). El pensamiento causal en la epidemiología anglosajona y su desarrollo crítico en Latinoamérica. En R. Gómez Arias, R. (Comp.), *Notas de clase: debates en salud pública y epidemiología* (pp. 165-206). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Universidad CES.

³⁵⁰ Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

³⁵¹ *Ibid.*

³⁵² Coronel Carbo, J., y Marzo Páez, N., *op. cit.*; Mogollón Pérez, A., *op. cit.*; Robledo Martinez, R., y Agudelo Calderón, C. A., *op. cit.*

³⁵³ Mendieta Izquierdo, G., Ramírez Rodríguez, J. C. y Fuerte, J. A. (2015). La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 435-443.

³⁵⁴ Coronel Carbo, J., y Marzo Páez, N., *op. cit.*; Mogollón Pérez, A., *op. cit.*; Robledo Martinez, R., y Agudelo Calderón, C. A., *op. cit.*

³⁵⁵ Durán, E. (1998). Definición del concepto de salud. En *Manual de Psicología de la Salud*, (pp.9-17); Duque Páramo, M. C. (2007). Cultura y Salud: Elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9(2), 123-138. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1590/1014>.

³⁵⁶ Para ampliar sobre las posturas de la epidemiología crítica es preciso distinguir cuatro paradigmas. Dos de estos, el de Laurell y el Breilh, “se posicionan en el realismo crítico materialista del siglo XIX, aunque ofreciendo sustanciales innovaciones. Los otros dos, la etno-epidemiología de Almeida Filho y la eco-epidemiología de Krieger, retoman algunos elementos de los dos anteriores y se posicionan desde el pensamiento Habermasiano, y especificándose a una etnografía crítica en el primer caso, y en una ecología política con tesis emancipadoras de género, en el otro”. Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl. 1), 13-27.

³⁵⁷ *Ibid.*

³⁵⁸ Jacobo Elizondo, J., Mariscal, M. y Gómez Arias, R., *op. cit.*

³⁵⁹ Breilh, J., *op. cit.*

- ³⁶⁰ Feo Istúriz, O., Rodrigues, A. y Gómez Arias, R. (2022). Epidemiología crítica latinoamericana. En R. Gómez Arias (Comp.), *Notas de clase: debates en salud pública y epidemiología*. (pp. 207-240). Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Universidad CES.
- ³⁶¹ Cajigas Rotundo, J. (2017). Ontoepistemologías indígenas. *Tabula Rasa*, 26, 125-139. <https://doi.org/10.25058/20112742.n26.7>.
- ³⁶² Chapela Mendoza, M. C., Promoción de la salud..., *op. cit.*, p. 8.
- ³⁶³ *Ibid*, p. 4.
- ³⁶⁴ Chapela Mendoza, M. C. (2015). Capacidades para la promoción de la salud y el empoderamiento de las mujeres adultas mayores. En *Promoción de la salud de la mujer adulta mayor* (pp. 139-161). Instituto Nacional de Geriátria.
- ³⁶⁵ *Ibid*, p. 142.
- ³⁶⁶ Casallas, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>; Chapela Mendoza, M. C., Promoción de la salud..., *op. cit.*; Chapela Mendoza, M. C. (2008). Cinco errores frecuentes en el trabajo de promoción de la salud. *Manovuelta, Revista de la UACM para las comunidades*, 3(8), 28-32; Chapela Mendoza, M. C., Desafíos metodológicos..., *op. cit.*; Chapela Mendoza, M. C. Capacidades para la promoción..., *op. cit.*
- ³⁶⁷ Coronel Carbo, J., y Marzo Páez, N., *op. cit.*; Mogollón Pérez, A., *op. cit.*; Robledo Martinez, R., y Agudelo Calderón, C. A., *op. cit.*
- ³⁶⁸ Cajigas Rotundo, J., *op. cit.*; Dussel, E., *op. cit.*; Olivé. L. (2009). Por una auténtica interculturalidad basada en el reconocimiento de la pluralidad epistemológica. En L. Olivé, B. de Sousa Santos, C. Salazar de la Torre, L. H. Antezana, W. Navia Romero, L. Tapia, G. Valencia García, M. Puchet Anyul, M. Gil, M. Aguiluz Ibargüen, H. J. Suárez, *Pluralismo Epistemológico* (pp. 19-30). CLACSO.
- ³⁶⁹ Cajigas Rotundo, J., *op. cit.*, p. 125.
- ³⁷⁰ Dussel, E., *op. cit.*; Olivé. L., *op. cit.*; Cajigas Rotundo, J., *op. cit.*
- ³⁷¹ Scribano, A. (2020). *Teoría social y política de las sensibilidades*. Eseditora.
- ³⁷² Farah, I. (2009). Prólogo. En L. Olivé, B. de Sousa Santos, C. Salazar de la Torre, L. H. Antezana, W. Navia Romero, L. Tapia, G. Valencia García, M. Puchet Anyul, M. Gil, M. Aguiluz Ibargüen, H. J. Suárez, *Pluralismo Epistemológico* (13-17). CLACSO.
- ³⁷³ Tognoni, G., Sampaoli, A., Barri, H., y Butinof, M. (2011). *Manual de Epidemiología Comunitaria: el camino de las comunidades*. Universidad Nacional de Córdoba, p. 7.
- ³⁷⁴ Feyerabend, P. (1970). *Contra el método*. Verso.

³⁷⁵ Bachelard, G. (1984). *La formación del espíritu científico: contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo* (J. Babini, Trad.). Siglo XXI editores.

³⁷⁶ Bourdieu, P. (2008). La ruptura. En P. Bourdieu, J. C. Chamboredon, y J. C. Passeron, *El oficio de sociólogo* (pp. 27-49). Siglo XXI editores.

³⁷⁷ Feyerabend, P. (1978). *La ciencia en una sociedad libre*. Verso.

Capítulo V

¿Cuáles serían los atributos para la intersectorialidad en el siglo XXI?

*Marco Akerman, María Cristina Trousdell Franceschini,
Rosa María Pretell Aguilar, Jorge Laureano Eugenio, Rosilda Mendes,
Elisabete Agrela de Andrade y Ana Cláudia Germani*

Introducción: la conexión entre promoción de la salud y la intersectorialidad

La intersectorialidad y la intrasectorialidad son principios estructuradores de la Política Nacional de Promoción de la Salud en Brasil (PNPS).³⁷⁸ Ha sido recurrente en la formulación de acciones, programas y políticas públicas y se entiende como un dispositivo que puede: favorecer el encuentro, la escucha y la alteridad entre sectores y actores sociales; ayudar a evidenciar intereses y tensiones divergentes y buscar (o reafirmar la imposibilidad) posibles convergencias; evitar la duplicación de acciones; buscar la integración presupuestaria de proyectos prioritarios, articulando recursos, ideas y talentos para mejorar la resolución de los problemas y desafíos actuales.³⁷⁹

Más que un concepto, la intersectorialidad es una invención práctica que busca articular actores, recursos e ideas para resolver un problema común que interesa a todos en un determinado territorio. En este sentido, más que buscar una definición única de lo que hacen, corresponde a los actores implicados desarrollar un autoconocimiento y una definición colectiva de su práctica intersectorial. También les corresponde hacer una elección compartida sobre hacia dónde quieren ir y con qué radicalidad quieren profundizar en lo que están haciendo juntos.³⁸⁰

Otro concepto importante es la intrasectorialidad: “que se refiere al ejercicio permanente de desfragmentación de las acciones y servicios ofrecidos por un sector, con vistas a la construcción y articulación de redes cooperativas y resolutivas”.³⁸¹ La comprensión de la intrasectorialidad es esencial e inseparable de la comprensión del enfoque intersectorial.³⁸²

A lo largo de este capítulo, se insistirá varias veces en la idea de unión de las partes y, vinculada a ella, en la perspectiva de solidaridad, generosidad y visión sistémica que son los valores fundadores de la promoción de la salud.

¡Y llegó el siglo XXI!

Entre los diversos desafíos latinoamericanos, la educación ha sido presentada como una prioridad urgente. En Brasil es tema presente en el debate nacional, y muchas veces es situada de manera enfática dentro de una cronología secular: “O Brasil ainda tem uma escola do século XIX, professores do século XX e alunos do século XXI” [Brasil todavía posee una escuela del siglo XIX, profesores del siglo XX y alumnos del siglo XXI].³⁸³

Al buscar una analogía de evolución secular para el tema de este capítulo, la intersectorialidad, nos atreveríamos a decir que: para la producción social de la salud los problemas son del siglo XXI, las herramientas para enfrentarlos del siglo XX y la organización burocrática de los estados nacionales todavía es del siglo XIX.

El 20 de noviembre de 2019, durante el 12 Congreso Europeo de Salud Pública, profesionales de varios países se reunieron en Marsella con el siguiente llamado: *Intersectorality: next generation, ¿a real way to tackle inequalities?* [Intersectorialidad: la próxima generación, ¿una forma real de abordar las desigualdades?].³⁸⁴ En el título del evento estaría implícita la necesidad de superar un determinado pasado y una intencionalidad explícita a fin de buscar esta nueva aspiración intergeneracional para la acción intersectorial. En otros términos, hay que superar la intersectorialidad del siglo XX para que ello no sea tan solo un arreglo de articulación tecnocrática de políticas, recursos y talentos, sino un verdadero dispositivo al servicio de la justicia social.

La Organización Panamericana de la Salud reafirma que la intersectorialidad es “indispensable para lograr la equidad en salud en la región de las Américas”.³⁸⁵ Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe resalta la necesidad de fortalecer la articulación entre políticas de protección social y salud, bajo un enfoque de gobernanza compartida y sostenibilidad.³⁸⁶

Shankardass, Solar, Murphy y Greaves ya lo anunciaban en su seminal artículo “A scoping review of intersectorial action for health equity involving governments” [Una revisión exploratoria de las medidas intersectoriales para la

equidad en salud en las que participan los gobiernos]³⁸⁷ al demostrar que, de las 5343 propuestas intersectoriales identificadas en 43 países, solamente 194 eran disposiciones diseñadas explícitamente para la promoción de la igualdad.

Los conferencistas del evento en Marsella analizaron distintas prácticas intersectoriales en Nueva Caledonia, Canadá, Brasil y Dinamarca. Dichas intervenciones fueron seguidas de una mesa redonda para identificar facilitadores y obstáculos a la intersectorialidad, lagunas entre teoría y práctica y prioridades para avanzar rumbo a la “verdadera” intersectorialidad.

Se identificaron algunas condiciones necesarias para tener en cuenta para poner en práctica lo que sería una “intersectorialidad de nueva generación”:

- Que los temas relativos al modo de producción y consumo capitalista entren en la ecuación de las políticas intersectoriales;
- Que no se trata la intersectorialidad como una panacea para solucionar las desigualdades sociales;
- Que se entienda que la intersectorialidad no reduce necesariamente los conflictos inherentes a las relaciones humanas (incluso los puede aumentar);
- Que la acción intersectorial no presupone la renuncia a responsabilidades sectoriales;
- Que tal articulación sectorial debe otorgar un rol a cada uno de los componentes del arreglo, y que no se debe configurar como una masa amorfa en la que las partes pierden sus identidades;
- Que la acción intersectorial no se debería desencadenar tan solo cuando faltan recursos (o solamente cuando se agotan los dispositivos sectoriales), sino como un genuino dispositivo, sobre todo a nivel local, a planificar y financiar en las políticas públicas con una visión de largo plazo;
- Que se busquen estrategias que puedan aumentar la sostenibilidad de las experiencias intersectoriales;
- Que se delimite una agenda de investigación en medio a otras perspectivas de producción, puesta en común y disseminación de conocimientos;

- Que debemos formar un marco teórico para la categoría de la intersectorialidad;
- Que se ponga en práctica más evaluaciones de la efectividad de la intersectorialidad en la promoción de la equidad, principalmente a nivel local.

¿Cómo se llevaría a cabo este debate en América Latina? ¿Qué sería una nueva generación de intersectorialidad que nuestros países desarrollarán en el siglo XXI? ¿Qué ya hicimos en el siglo XX y podemos seguir haciendo? ¿Qué hacemos y podríamos dejar de hacer? ¿Y qué no hicimos, pero que valdría la pena hacer?

El presente capítulo se refiere a un recorrido del pasado sobre la práctica de la intersectorialidad en América Latina. Con reflexiones sobre Brasil, México y Perú, a fin de indicar algunos posibles caminos y múltiples desafíos para el futuro de la producción de la salud en la formulación de políticas públicas justas y sostenibles. Daremos énfasis a la necesidad de delinear una agenda de investigación y de formar un marco teórico para la categoría de la intersectorialidad.

¿Dónde hay señales de intersectorialidad? ¿Dónde hay oportunidades para implementar mejoras?

En una breve revisión de la literatura en la Biblioteca Virtual en Salud, utilizando la búsqueda avanzada con la palabra clave “intersectorialidad” solamente en el título, se encontraron 283 ítems de publicación.³⁸⁸ El análisis de 61 artículos recuperados en los últimos cinco años indicó que 56 estaban escritos en portugués y solo 2 en español; el resto, en inglés. La intersectorialidad se presenta como un mecanismo organizado ante la multitud de situaciones que denotan la complejidad de las políticas públicas, lo que evidencia la imposibilidad de que un solo sector las resuelva. Se observa una mayor concentración de preocupaciones en las políticas dirigidas a personas sin hogar, la primera infancia, la violencia, la salud mental, la protección social, la alimentación y la nutrición, la salud laboral y la salud escolar. Otros temas que también movilizan esfuerzos intersectoriales son el dengue, la baja cobertura de vacunación, la judicialización, las personas privadas de libertad y los desastres, por mencionar algunos temas contemporáneos que involucran a

investigadores y formuladores de políticas y que son oportunidades para implementar mejoras.

Otra de las características de Brasil es la poca sustentabilidad de las experiencias intersectoriales locales como lo mostraron Garcia, Maio, Santos, Folha y Watanabe, en el interesante artículo “Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: Um retrato das experiências” [Intersectorialidad en la salud en Brasil al inicio del siglo XXI: un retrato de las experiencias].³⁸⁹ Se analizaron 11 experiencias locales: 1. empoderamiento colectivo; 2. lucha contra la violencia; 3. reducción de desigualdades; 4. violencia sexual contra niños y adolescentes; 5. salud ocular; 6. violencia urbana; 7. envenenamiento por plomo; 8. ambiente verde; 9. atención integrada a la salud; 10. dengue; 11. huertas comunitarias.

Los principales hallazgos indican pistas de cómo se podría reforzar la intersectorialidad en el futuro: a) Falta de una definición clara de intersectorialidad; b) predominio de una alianza con el sector educacional presente en 10 proyectos; c) sin evaluaciones de impacto; y d) bajo grado de sustentabilidad de las experiencias (duración mínima: de 1 año; duración máxima de 5 y 6 años).

¿Qué iniciativas hay en México?

Proviene de México un análisis instigador. Desde la operación de procesos del sector salud se realizan experiencias de trabajo intersectorial que no parten de una planificación metodológica, conceptual y teórica, sino que emergen como respuesta a necesidades de vinculación, que empujan la movilización de organizaciones de la sociedad civil, unidas a los medios de comunicación social y a la población que se ve afectada por situaciones que influyen sobre su bienestar, sobre todo en temas ambientales y de desarrollo sostenible.

Ello se demostró recientemente en México en función de un desastre ambiental que obtuvo el siguiente editorial en un periódico: “Río Santiago, el más contaminado de México, pone en riesgo salud de 24 mil niños”.³⁹⁰ Y tan solo después de este desastre se desencadenó una acción intersectorial como respuesta:

Las acciones que emprenderá la administración estatal se dividen en seis ejes: gobernanza, equipamiento, ciudadanía saludable, patrimonio natural, cultura

de la legalidad y fuente de desarrollo, que comprenden la acreditación de 35 centros de salud, el decreto de Áreas Naturales Protegidas, y una inversión de 608 millones en plantas de tratamiento de aguas residuales.³⁹¹

En estos procesos intersectoriales emergentes, en la práctica se tiene el desdoblamiento de estos supuestos históricos, pero en muchas ocasiones los sectores participantes y el gobierno central que genera esos procesos de cooperación no operan desde un marco conceptual o teórico necesariamente pensado para el trabajo intersectorial; incluso el propio sector salud no logra comprender de qué manera se debe involucrar en procesos intersectoriales, como la sustitución de líderes, sin perder la rectoría en salud pública.

A menudo, las políticas, programas y directrices mencionan en sus orientaciones el término “intersectorial” u otros que se refieren a la acción intersectorial (por ejemplo, “acción conjunta”, “colaboración”, “acción integrada”, entre otros). Sin embargo, no establecen ni promueven estructuras, dispositivos o mecanismos que permitan que la intersectorialidad se concrete en el quehacer de las instituciones y de los equipos y servicios a nivel local.³⁹²

Es importante señalar que, en estas experiencias locales, la participación del sector salud en conjunto con otros sectores es muy pasiva y muchas veces se limita a responder a planteamientos centrales. Es decir, no se observa una iniciativa para el trabajo intersectorial en favor del bienestar social, sino más bien acciones para dar respuesta a lo planteado por el gobierno central (sea a nivel federal o de la autoridad local o departamental/estatal, en función del nivel de descentralización de cada país); lo que ocasiona poca claridad en el proceso, falta de comprensión de su desempeño y, sobre todo, dificultad para identificar el alcance de este trabajo en conjunto.

En la génesis de estos procesos para dar respuesta a la demanda social, se cuenta con la participación de profesionales que no pertenecen al campo de las ciencias de la salud, como por ejemplo antropólogos, historiadores y sociólogos; lo que representa una oportunidad para establecer diálogos de comunicación con otras profesiones afines a los diversos sectores. En otras palabras, queremos señalar que el proceso intersectorial se fortalece cuando participan en su configuración, implementación y evaluación otras disciplinas que, en conjunto con los profesionales de otros sectores, como salud, educación, cultura, etc., desdoblan la estrategia a nivel local. En el contexto

latinoamericano hay una serie de trabajos que han investigado las experiencias de coordinación intersectorial e intergubernamental.

¿Qué iniciativas hay en Perú?

En el Perú, pese las tendencias históricas hacia la sectorialización y la centralización, se han ido forjando en los últimos años experiencias que han intentado transitar hacia esfuerzos de integración sectorial, descentralización y coordinación intergubernamental.³⁹³ Estas iniciativas buscan superar las barreras para un desarrollo territorial más equitativo, fortaleciendo los gobiernos regionales y gobiernos locales; también, modernizar los servicios públicos, presentando desafíos para su implementación efectiva y un compromiso sostenido del Estado, a fin de crear un marco de gobernanza que permita la coordinación eficiente entre niveles de gobierno.

Cuando se establecen más instancias institucionalizadas de comunicación horizontal al interior de un Estado existen mayores oportunidades para desarrollar la intersectorialidad. La coordinación efectiva solo se cristaliza cuando los gestores cuentan con experiencia y son líderes capaces de desarrollar un modelo de gestión horizontal en el que, no solo persuadan a todos los actores, sino que diseñen políticas públicas, involucrando a los mismos articuladores o facilitadores de la coordinación a nivel territorial. Es así como los recursos políticos, económicos, administrativos e ideológicos son fundamentales y definen la capacidad política de los actores para negociar o ejercer acciones. Es decir, los recursos ofrecen mayores posibilidades de cristalizarse, dado que, un mayor control sobre ellos les otorga más poder y posibilidades de influir en la toma de decisiones y alcanzar los objetivos colectivos. En el Perú se han impulsado esfuerzos para integrar sectores y coordinar la acción intergubernamental, como el inicio oficial del proceso de descentralización en 2002 con la aprobación de La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales que buscaba establecer una organización democrática y desconcentrada para promover el desarrollo integral del país, mediante políticas de modernización de la gestión pública

Por otro lado, en el año de 2014 se aprueba el Decreto Supremo n.º 039-2014-PCM que crea la Comisión Multisectorial con los Ministerios de Educación, Salud y Desarrollo e Inclusión Social. En ella se inscribe Aprende Saludable, iniciativa intersectorial que tuvo como objetivo generar

oportunidades de desarrollar competencias y capacidades de las y los estudiantes de educación básica que les permita el pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Este modelo de intervención del Estado peruano ha impulsado políticas públicas y ha articulado programas sectoriales de los Ministerios de Salud y de Desarrollo e Inclusión Social con las estrategias del Ministerio de Educación para mejorar los aprendizajes de los estudiantes. Aprende Saludable es una iniciativa de coordinación intersectorial que ha reconocido que el logro integral de las políticas públicas depende cada vez menos de un solo sector y de que los grupos de trabajo de los sectores sean multidisciplinarios. Cabe mencionar que dicho modelo de gestión efectivo ya no continúa, pues en el cambio de gobierno del año 2016, se reemplazaron por otras acciones poco sostenibles.

Una de las lecciones aprendidas de la iniciativa intersectorial es que, aunque la voluntad política es importante para articular distintos sectores y niveles de gobierno, posee serios límites para institucionalizarse si no se sientan bases para asegurar la sostenibilidad a través de normativas claras y explícitas, y la generación de recursos administrativos y económicos mediante asignaciones presupuestales específicas.

¿Qué barreras hay en Perú?

Las experiencias e iniciativas en Perú aún enfrentan grande retos y obstáculos, se han identificado barreras de diseño institucional del Estado en un contexto de descentralización y enfrentamientos de distintas tradiciones y culturas institucionales sectoriales, influenciados preponderantemente por temas ideológicos, según el Gobierno de turno. Este divorcio entre el diseño y la operatividad sucede cuando los espacios creados para facilitar la relación entre las diversas organizaciones operan con posterioridad a la planificación del trabajo que cada sector ha realizado. Entonces, el accionar se torna estéril e ineficaz, dado que readaptar las organizaciones a nuevas tareas y fines resulta costoso; más aún si los gestores burócratas se ven frente a otras organizaciones que, al menos en un primer momento, podrían representar una amenaza a su autonomía. Sumado a esto, el diálogo con actores distintos con premisas diferentes agudiza la dificultad para ponerse de acuerdo.

¿Qué iniciativas hay en Brasil?

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Brasil y el Ministerio de Salud encargaron al Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC) la elaboración de un documento que proporcionara directrices para la colaboración intersectorial en el sector salud.³⁹⁴

Podemos considerar que la intersectorialidad en América Latina atraviesa una fase de madurez y redefinición. Los avances en la literatura indican que el desafío ya no es conceptual, sino institucional y político: construir mecanismos de gobernanza capaces de transformar el discurso de la colaboración en resultados tangibles.³⁹⁵

En este sentido, en el presente capítulo vamos a apostar que el fortalecimiento de la investigación puede ayudar a conformar teóricamente la categoría intersectorialidad. Ello podría impulsar la fundación de andamios más sólidos para una nueva generación de intersectorialidad. “La teoría sin la práctica se convierte en ‘verbalismo’, así como la práctica sin teoría se transforma en activismo. Sin embargo, cuando se une la práctica con la teoría se tiene la praxis, la acción creadora y modificadora de la realidad”.³⁹⁶ La intersectorialidad es uno de los temas más comentados en la gestión pública, pero todavía no hay una teoría desarrollada sobre la cual se pueda fundar un marco de análisis para investigaciones y evaluación.³⁹⁷

Por ello sugerimos un guion exploratorio que indique un “qué” –de las arquitecturas–; un “cómo” –de las metodologías–; un “con quién” (“para quién” y “por quién”) –de los actores–; un “para qué” –de las intencionalidades–; y un “por qué” –de los paradigmas–.³⁹⁸ Este camino podría redundar en un posible concepto operativo en el que la intersectorialidad sería definida como un modo de gestión (qué) desarrollado por medio de un proceso sistemático de (cómo) articulación, planificación y cooperación entre los distintos (con quién) sectores de la sociedad y entre las diversas políticas públicas para actuar sobre (para qué) los determinantes sociales.

A pesar de este vacío teórico, el tema de la necesaria acción intersectorial viene marcando el campo de la salud colectiva y de la promoción de la salud en varios movimientos tecnopolíticos como, por ejemplo: la Declaración de Alma-Ata (1978), la VIII Conferencia Nacional de Salud en Brasil (1986), la Carta de Ottawa (1986), la Declaración Política de Rio sobre DSS (2011), la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Helsinki, Salud en todas las

Políticas (2013). Se manifiesta en expresiones como: “además del sector de la salud, todos los sectores”, “la salud es la resultante de un conjunto de políticas”, “acción coordinada de todos los sectores involucrados”, “ampliar la responsabilidad de otros sectores”, “acción integrada de gobierno”.³⁹⁹

En los documentos en los que se crea y se basa el Sistema Único de Salud en Brasil (SUS), se recomienda la coordinación intersectorial para dejar cada vez más claro que el proceso salud-enfermedad es el resultado de múltiples determinantes y de la relación entre ellos. En este sentido, es más que necesario movilizar a otros sectores para que se puedan implementar prácticas eficaces de promoción de la salud. Hay, por lo tanto, un activismo intersectorial que todavía no se basa en una praxis que tenga suficiente potencia creativa como para influenciar nuevas arquitecturas de gobernanza de las políticas públicas.

¿Qué podemos reflexionar sobre los tres países?

Experiencias de Brasil, México y Perú señalan que, ante estos desafíos locales, el sector salud tiene que reconocer y comprender los procesos intersectoriales como situaciones que se configuran desde aspectos que no siempre han sido planificados o debidamente delimitados, sino que son acciones en respuesta a situaciones locales, de orden político, económico y cultural que están en constante cambio, y que requieren negociación en distintos niveles y con diferentes actores. Permanece también el reto de documentar desde esta práctica real los alcances o limitaciones que surgen al hablar de intersectorialidad.⁴⁰⁰

Indudablemente hay vida inteligente intersectorial en las políticas públicas. Hay demandas y ofertas frente a la necesidad de enfrentar problemas complejos.

Las “historias” de esos tres países, Brasil, México y Perú, arriba mencionadas, iluminan los caminos que debemos recorrer en el futuro, ya que indican expectativas y contradicciones en la acción intersectorial. Se trata de lo que Andrade denominó de *el dilema de la intersectorialidad*,⁴⁰¹ que caracterizó como consenso discursivo permeado por disenso práctico.

Quizás las recomendaciones sobre intersectorialidad encontradas en la literatura del área ofrecen una concepción muy abstracta de la acción intersectorial, que no suministra muchas orientaciones prácticas para la acción.

Exploremos entonces los temas en abierto

Shankardass, Solar, Murphy y Greaves realizaron una revisión sobre el tema y mostraron que tan solo un 16 % profundizó mecanismos de integración de objetivos, procesos administrativos y financiación.⁴⁰² El otro 84 % estableció algún tipo de puesta en común de información, cooperación y coordinación, pero no fue capaz de crear procesos de gestión innovadores y más integrados, razón de ser de emprendimientos intersectoriales. Estos autores, Solar, Valentine, Rice, y Albrecht consideran necesario formular cuestiones que puedan comprender esa “escasez integradora” para superarla, indicando una posible agenda de investigación más amplia.⁴⁰³

Estas son las preguntas que sugieren:

- ¿Qué actores toman la iniciativa de desencadenar emprendimientos intersectoriales?
- ¿Qué contexto político favorece la realización de emprendimientos intersectoriales?
- ¿Cuál ha sido el papel del sector salud?
- ¿Qué incentivos han atraído a los actores para emprendimientos intersectoriales?
- ¿Qué razones impiden que los actores participen?
- ¿Los emprendimientos intersectoriales facilitan o impiden la participación social?
- ¿Habría competencias a desarrollar para desencadenar emprendimientos intersectoriales?
- ¿Qué tipo de negociación es emprendida entre los distintos actores involucrados en lo que se refiere a financiación, pérdida de autonomía, decisiones y responsabilidades?

En síntesis, estas son las cuestiones que en el fondo nos podrían guiar en el desafío de problematizar si realmente existe una cultura sectorial que debe ser modificada o en la dirección de propiciar herramientas analíticas para desarrollar la capacidad de mirar, escuchar y evaluar qué emprendimiento sería más adecuado para cada situación. Y como la literatura indica que esta

información es escasa, descriptiva y vista desde perspectivas aisladas del sector salud o de la academia,⁴⁰⁴ sugerimos seguir “preguntas para la investigación” con el propósito de ampliar las fronteras analíticas del tema de la intersectorialidad.

Para presentar un banco de preguntas para la investigación

Recomendamos seis caminos analíticos que apuntan hacia distintas preguntas de investigación.⁴⁰⁵ El primer camino analítico sugerido es: *Políticas públicas integradas y estrategias intersectoriales: ¿por qué, para qué?*

El estudio de Burlandy sobre la política nacional de seguridad alimentaria y nutricional inspiró que se sugiriera este primer camino.⁴⁰⁶ Se subraya que es posible encontrar fundamentos políticos –la decisión política de integración y articulación– y técnicos –las estrategias intersectoriales propiamente dichas– como categorías basillares para el análisis de una política integrada.

En el cuadro 1 está el primer bloque de preguntas de investigación conectadas a este camino inicial.

Preguntas de investigación relacionadas con el primer camino analítico: Políticas públicas integradas y estrategias intersectoriales: ¿por qué, para qué?
P1: ¿Qué políticas públicas integradas están en vigor, fueron formuladas por el gobierno federal, y actúan sobre los determinantes?
P2: ¿Qué mecanismos de integración se utilizan (o qué dispositivos/mecanismos intersectoriales tales políticas disparan)?
P3: ¿Qué oportunidades se pierden al implementar emprendimientos con un mayor grado de integración?
P4: ¿Qué actividades se utilizan con potencial para conformar una “caja de herramientas” de estrategias intersectoriales?
P5: ¿Hay un cuerpo de competencias a desarrollar para que gestores y trabajadores puedan emprender más y mejor la intersectorialidad?

Algunos autores sugieren que, al proponer un emprendimiento intersectorial, este tendría que explicitar un propósito ético-político para que no sea solamente un artefacto utilitarista de mera búsqueda de la eficiencia en la gestión.⁴⁰⁷ Sin embargo, no todos los idearios se traducen en la realización

absoluta de su deseo y sería ingenuo imaginar que un arreglo intersectorial tendría suficiente potencia para invertir la lógica de las respuestas políticas que muchas veces reflejan la estructura de poder de la sociedad en cuestión.⁴⁰⁸ Hay asimismo un cuerpo de trabajo que sugiere que existen competencias, disposiciones y mecanismos que pueden facilitar y potenciar las acciones intersectoriales.⁴⁰⁹

Un estudio de caso sobre una acción intersectorial local identificó algunas competencias que facilitaban la formación y sustentabilidad de alianzas para la realización de acciones de enfrentamiento de la violencia, entre ellas: capacidad de escucha y empatía; conocimiento técnico sobre el tema, las políticas y redes de servicios disponibles; conocimiento de flujos y protocolos (no solamente de su sector, sino de los demás involucrados en el enfrentamiento de la violencia); habilidad de negociación y diálogo; capacidad de análisis de datos e información técnica. El mismo estudio también identificó que, más allá de poseer las competencias necesarias para comprometerse en acciones intersectoriales, los profesionales y sus equipos exigían determinados arreglos y estructuras para que estas se llevaran a cabo, como: espacios (o momentos) específicos para reflexionar y planificar acciones intersectoriales (como encuentros integrados entre servicios, comités intersectoriales, entre otros); autonomía para tomar decisiones; gobernabilidad para implementarlas; y sistemas de información actualizados y que permitan la integración de datos intersectoriales. El estudio subraya que la discusión sobre competencias para el trabajo intersectorial no se debe limitar a la acción del sector salud, sino ser pensada e incorporada de forma transversal a todos los sectores involucrados en acciones intersectoriales, destacando el carácter interdisciplinario de tales acciones. Desde esta perspectiva, y en medio a la tensión entre buscar soluciones y enfrentar problemas a solucionar por medio de emprendimientos intersectoriales anclados firmemente en el propósito de promover la equidad, surge el segundo camino propuesto, la “intersectorialidad como problema y solución en la ruta de la promoción de la equidad”.

El cuadro 2 presenta el bloque de preguntas de investigación alineadas a este segundo camino.

Preguntas de investigación relacionadas con el segundo camino analítico: ¿La intersectorialidad como problema y solución en la ruta de promoción de la equidad?
P6: ¿Alrededor de qué objetivos y metas se sitúan los distintos actores?
P7: ¿Hay práctica sistemática para identificar-visibilizar-“desocultar” diferencias entre grupos poblacionales y/o territorios distintos?
P8: ¿Qué concepciones de salud/cuidado y visión de sociedad permean los emprendimientos intersectoriales? Y, considerando que los emprendimientos intersectoriales implican por naturaleza otros sectores, ¿cómo estos conciben el propósito de la acción intersectorial y cómo (y si) sus visiones de sociedad se alinean con las propuestas del sector salud?
P9: ¿Con qué oportunidades y fragilidades se encuentran los emprendimientos intersectoriales para actuar sobre DSS estructurales?

Aquí también podemos pensar que lo intersectorial por naturaleza requiere comprender las visiones de los demás sectores sobre esos temas, ya que tienen implicaciones en el tipo y la naturaleza de las acciones que se desarrollan en conjunto (propósito, estrategias, etc.). Por ejemplo, para el sector educación o seguridad pública, ¿cuál sería el propósito de la intersectorialidad?

Nuestro tercer camino para recorrer se basa en una hipótesis comunicacional y pide prestado el trecho bíblico de la Torre de Babel, cuando Dios lanzó una punición divina al condenar a los hombres a poseer varios idiomas que dificultaron la comunicación entre ellos: *intersectorialidad: ¿la Babel entre las políticas públicas?*

Está lejos de nuestra intención disputar con Dios y revertir su punición. Incluso hay autores que alaban la “comunicación imperfecta” *como justamente una brecha por la cual se pueden infiltrar posibilidades de emergencia de lo nuevo*.⁴¹⁰ La hipótesis comunicacional también se podría traducir como un “dilema intersectorial” en el que hay un consenso discursivo de la necesidad de la gestión intersectorial,⁴¹¹ pero tensionada por un disenso práctico en la incesante puesta en cuestión sobre “cómo” hacer.⁴¹²

Esta aparente paradoja, muchas veces permeada por conflictos de poder e interés y que dificulta la “comunicación entre los hombres” nos llevó a elaborar otro bloque de preguntas que aparecen en el cuadro 3, y que podrían servir para impulsar más investigaciones sobre el tema.

Preguntas de investigación relacionadas con el tercer camino analítico: <i>Intersectorialidad: ¿la Babel entre las políticas públicas?</i>
P10: ¿Quién toma la iniciativa para desencadenar emprendimientos intersectoriales?
P11: ¿En qué contexto político ocurre esta iniciación?
P12: ¿Cuál es el papel del sector salud?
P13: ¿Qué incentivos atraen a los actores para emprendimientos intersectoriales?
P14: ¿Qué elementos sostienen los emprendimientos intersectoriales y sus mecanismos de regulación, monitoreo y evaluación?

Identificamos que, si hay “comunicación imperfecta” entre políticas/actores, es posible que ella también exista en la interfaz entre las respuestas formuladas por gobiernos y las necesidades sentidas/percibidas por los ciudadanos en el desarrollo de sus vidas cotidianas.⁴¹³

Para explorar esta hipótesis, formulamos el cuarto camino analítico: *Intersectorialidad: ¡la Babel entre las políticas públicas y la vida cotidiana!* y el siguiente bloque de preguntas expuestas en el cuadro 4.

Preguntas de investigación relacionadas con el cuarto camino analítico: <i>Intersectorialidad: ¡la Babel entre las políticas públicas y la vida cotidiana!</i>
P15: ¿Emprendimientos intersectoriales facilitan o impiden la participación social?
P16: ¿Qué redes son tejidas por los ciudadanos en busca de sus necesidades? ¿Qué itinerarios se recorren?
P17: ¿Qué disonancias existen entre la formulación de políticas, la opinión de especialistas y las necesidades percibidas por la “población”?
P18: ¿Qué actores, procesos, intereses y negociaciones permean la formación de las agendas en los ciclos de las políticas?

El quinto camino analítico abre la perspectiva de la intersectorialidad, no como un arreglo de gestión, sino como un dispositivo para la escucha cualificada y el ejercicio del respeto a la diferencia y a las diversidades en búsqueda de posibles intereses comunes, aunque temporales.⁴¹⁴ El Cuadro 5 trae dos preguntas para explorar este camino en la investigación de la *¿Intersectorialidad como dispositivo para la otredad y la negociación!*

Preguntas de investigación relacionadas con el quinto camino analítico: <i>¿Intersectorialidad como dispositivo para la otredad y negociación!</i>
P19: ¿Cómo desarrollar la capacidad de mirar, escuchar y analizar qué emprendimiento sería más adecuado para cada situación?
P20: ¿Qué tipo de negociación es realizado, y en qué grado (¿es posible negociar?) entre los distintos actores implicados en los emprendimientos intersectoriales en lo que se refiere a financiación, pérdida de autonomía y decisiones y responsabilidades compartidas.

Una posibilidad para abordar esta agenda fue la señalada por Rocha y Akerman al indicar “puertas de entrada” o “ventanas de oportunidad” para actuar de forma más efectiva y, por consiguiente, para responder las interrogantes arriba.⁴¹⁵ En este ámbito, un punto de partida puede ser el de analizar los “emprendimientos intersectoriales” según niveles de gestión y de producción del cuidado en los niveles macro, meso y micro.

El sexto camino analítico coincide con un movimiento de la OMS en su octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, realizada en Helsinki en junio de 2013, en que apoyó un abordaje integral de todo el gobierno en la evaluación de impacto de las distintas políticas públicas sobre la salud de la población: *¿Salud en todas las políticas?*⁴¹⁶

Esta proposición de la OMS también nos abrió otra vertiente de investigación que se podría desarrollar a partir de las tres cuestiones insertadas en el cuadro 6.

Preguntas de investigación relacionadas con el sexto camino analítico: ¿Salud en todas las políticas?
P21: ¿Existen instrumentos e indicadores explícitos para medir el impacto de distintas políticas públicas en la equidad en salud?
P22: ¿Hay acuerdos en lo que se refiere a medidas de impacto utilizadas entre los actores de las políticas involucradas?
P23: ¿Hay modificaciones en la formulación e implementación de las políticas cuando son identificados impactos negativos sobre la igualdad en salud?

Estas 23 preguntas hacen posible que se delimite una agenda de investigación sobre el tema de la intersectorialidad y que se expandan sus bases teórica y evaluativa que no se desarrollaron todavía. Sin embargo, ya es posible notar

algunos indicios para la formulación teórica y evaluativa: 1. algún crecimiento en los movimientos de cooperación y coordinación entre sectores; 2. surgimiento de algunos emprendimientos intersectoriales capaces de promover la equidad; 3. emprendimientos que deliberadamente instalaron mecanismos para enfrentar la disonancia entre el discurso y la práctica; 4. movimientos internacionales por la ampliación de la responsabilidad sanitaria.⁴¹⁷

En suma, ya es posible darse cuenta de que hay un embrión de praxis intersectorial, que para evolucionar necesita procesos reflexivos más permanentes de las acciones prácticas. Investigaciones y ejercicios evaluativos son dos dispositivos que pueden apoyar estos necesarios ejercicios reflexivos.

¿Cómo se cuentan las generaciones?

Al retomar el título de este capítulo “¿Cuáles serían los atributos para la intersectorialidad en el siglo XXI?”, nos parece relevante problematizar el concepto de generación.

La tecnología viene acelerando el tiempo, y el conteo del tiempo en años, de una generación a la otra, ha variado bastante. Ya hubo épocas en que la diferencia de años entre una y otra generación llegaba a los 25 años. Es decir, cada 25 años se renovaban principios y enseñanzas sobre la cultura y la vida en sociedad que compartía un determinado grupo.

En la actualidad, el intervalo entre generaciones se está estrechando, ya que nuevos modos de producir acontecimientos históricos van surgiendo en menores espacios de tiempo. Así, se propugna acortar la duración de una generación para 10 años.

Muchas edades conviven en sociedad, es decir, hay relaciones intergeneracionales. En este sentido, hay muchas generaciones distintas que conviven en el mismo espacio de tiempo e intercalan ideas, principios y aprendizajes.

Una investigación en la base de datos PUBMED, con la expresión “*new generation*”, solamente en el título *new generation*, recuperó 3477 artículos que indicaban predominantemente “nuevas generaciones” como novedades en lo que concierne a medicamentos y procedimientos quirúrgicos que podrían sustituir a los anteriores con grados de eficacia aproximados.⁴¹⁸ No encontramos estudios que establecieran este mismo tipo de comparación para la intersectorialidad ni para la promoción de la salud. Sin embargo, la OMS

organizó en Berlín, en diciembre de 2017, un seminario que clamaba por “*Creating a new narrative for health promotion in the SDGs*” [Crear un nuevo enfoque para la promoción de la salud en los ODS], enfatizando que: “One thing though is clear: we are entering a new phase of health promotion –this is very exciting, but also brings with it new challenges, reorientations and concerns. Indeed: health promotion is challenged to redefine its role in the new era of the SDGs” [Sin embargo, una cosa está clara: estamos entrando en una nueva etapa de la promoción de la salud; esto es muy emocionante, pero también conlleva nuevos retos, reorientaciones y preocupaciones. De hecho, la promoción de la salud se enfrenta al reto de redefinir su papel en la nueva era de los ODS].⁴¹⁹ Así como la intersectorialidad, uno de los pilares de la promoción de la salud también clama por una nueva narrativa que, aquí, denominamos “nueva generación”.

La intersectorialidad de “nueva generación” debe basarse en solidaridad, autonomía y creatividad, integrando actores diversos en torno a un proyecto ético de transformación social. Como recordaba Paulo Freire: “la teoría sin práctica se convierte en verbalismo, y la práctica sin teoría en activismo”.⁴²⁰ La verdadera intersectorialidad emerge cuando ambas dimensiones se unen en una praxis que transforma la realidad.

Akerman, Franco de Sá, Moyses, Rezende y Rocha ejercitaron esta posibilidad evolutiva indicando tres olas de intersectorialidad:

Y como olas, las intersectorialidades se van revelando y alternándose al sabor del tiempo, de las coyunturas y de los actores: la 1ª ola – *Utilitarista*, refuerza el estado mínimo y tutelado por el mercado, obtiene recursos y comparte responsabilidades; la 2ª ola – *Racionalizadora*, detecta que hay fragmentación en las políticas y en las acciones que comprometen la efectividad del Estado y busca eficiencia; la 3ª ola está por venir – *la Interdependencia generosa*, en que la intersectorialidad no es solamente la instalación de arreglos multisectoriales, sino la decisión ético-política deliberada de que el Estado y su gestión y políticas sirven al interés común”.⁴²¹

Sin embargo, también es posible aprender con las viejas generaciones y esta nueva generación de intersectorialidad para el siglo XXI sería fortalecida con los énfasis de las demás generaciones: tener una base valorativa, aspirar a la prosperidad más allá de la base material, romper con jerarquías y operar en red, y valerse de la tecnología digital como un medio para la alfabetización en salud.

En estas nuevas generaciones con fuerte presencia digital, en las que las relaciones se establecen a partir de pantallas y eventos virtuales, nuevas relaciones subjetivas se establecen y, por consiguiente, nuevas formas de comunicación y de estar en el mundo. Pensar en intersectorialidad de nueva generación: con muchas informaciones disponibles y nuevas formas de construcción de pensamiento colectivo. Las reuniones continúan en los grupos de Whatsapp, las distancias se reducen por Skype, la participación social es fomentada en el Facebook... Para una nueva narrativa hay algunos valores implícitos como solidaridad, autonomía, creatividad, que dialogan con la “intersectorialidad de nueva generación”.

En síntesis, la comparación entre la literatura clásica y las nuevas evidencias permite delinear los rasgos de una intersectorialidad adaptada al siglo XXI:

1. Base ética y política: más que coordinación técnica, implica una orientación deliberada hacia la justicia social
2. Gobernanza multinivel: articulación vertical y horizontal con responsabilidades compartidas.
3. Capacidades institucionales: formación en mediación, planificación y evaluación intersectorial
4. Evidencia y evaluación: la revisión de Escobar Díaz (2023) advierte que menos del 20 % de las políticas intersectoriales integran indicadores de equidad.⁴²²
5. Innovación y digitalización, la cultura digital y la participación en red redefinen la colaboración pública.

Así, la intersectorialidad de interdependencia generosa se configura como una evolución respecto de las olas utilitarista y racionalizadora propuestas por Akerman, Franco de Sá, Moyses, Rezende y Rocha: una práctica ética, colaborativa y centrada en el bien común.⁴²³

Para finalizar, remitimos a la canción “Como nuestros padres” de Elis Regina, que nos alerta de que siempre hay una tendencia de vuelta al pasado.

Bibliografía

- Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300.
- Akerman, M., Gonçalves, C. M., Bógus, C. M., Chioro, A., & Buss, P. (2011). As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. En M. Drumond Junior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Determinantes sociais e ambientais* (pp. 1-16). OPS/MacGill.
- Almeida Filho, N. (2000). Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: Atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 11-34.
- Andrade, L. O. M. (2006). *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. [La salud y el dilema de la intersectorialidad]. Hucitec.
- Brasil. (2018). *Política nacional de promoção da saúde*. Ministério da Saúde.
- (2024). *Promoción de la salud en acción: Guía de aplicación de la intersectorialidad*.
- 'Brasil tem escola do século XIX', afirma especialista em educação. (8 de noviembre de 2012). *Globo News*. <https://g1.globo.com/globo-news/noticia/2012/11/brasil-tem-escola-do-seculo-xix-afirma-especialista-em-educacao.html>
- Burlandy, L. (2009). A construção de política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: Estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal do governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 851-860.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Calame, P. (2004). *Repensar a gestão de nossas sociedades: 10 princípios para a governança, do local ao global*. [Repensar la gestión de nuestras sociedades: 10 principios para la gobernanza, desde lo local hasta lo global]. Pólis.
- Carvalho, J. R. (1997). Transdisciplinaridade dá um barato. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1/2), 21-23.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025). <https://www.cepal.org/>
- Cunill Grau, N. (2005). *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. BID.
- Cuenca, S., Carrillo, y Puémape, F. (2016). Mirando al Estado desde la intersectorialidad y la intergubernamental. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 3(6), 207-229.
- De Faria, M. S. R. (2013). *A intersetorialidade e os dilemas de sua prática no trabalho em saúde* [dissertação]. PUCMG.

- Drumond Junior, M., & Carvalho, Y. M. (Orgs.). (2011). Determinantes sociais e ambientais. [Factores sociales y ambientales]. OPS/MacGill.
- Escobar Díaz, F. A. & Rodriguez Corredor, Z. A. (2023). Salud en todas las políticas e intersectorialidad en América Latina y el Caribe, 2011-2021. Revisión de alcance. *Revista de Salud Pública de Córdoba*, 29(2), 1-11.
- Feuerwerker, L. M., & Costa, H. (2000). Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulgação em Saúde para Debate*, 37(22), 25-35.
- Fonseca, T. M. G. (2003). A cidade subjetiva. En T. M. G. Fonseca & P. Kirst (Orgs.), *Cartografias e devires: A construção do presente* (pp. 62-68). UFRGS.
- Franceschini, M. C. T. (2019). *A construção da intersectorialidade: O caso da Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que protege* [Tesis doctoral, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-09092019-093125/pt-br.html>
- Garcia, L. M. T., Maio, I. G., Santos, T. I., Folha, C. B. J. C., & Watanabe, H. A. W. (2014). Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: Um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, 38(103), 966-980. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R., Delgado, M. M., Andrade, C. L. T., Cunha, M. S., Martins, M. I. C., & Teixeira, C. P. (2009). Saúde da família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 783-794.
- Guareschi, P. (1996). Relações comunitárias, relações de dominação. En R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia* (pp. 81-99). Vozes.
- Huerta, J. C. (6 de febrero de 2020). Río Santiago, el más contaminado de México, pone en riesgo salud de 24 mil niños. *El financiero*. <https://www.el financiero.com.mx/nacional/rio-santiago-el-mas-contaminado-de-mexico-pone-en-riesgo-salud-de-24-mil-ninos/>
- Koivusalo, M. (2013). *Health in all policies: Framework for country action (2nd draft)*.
- Mendes, R., & Akerman, M. (2007). Intersetorialidade: Reflexões e práticas. En J. C. A. Fernandez & R. Mendes (Orgs.), *Promoção da saúde e gestão local* (pp. 85-110). Hucitec/Cepedoc.
- Moysés, S. J., Moysés, S. T., & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: A experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-638.
- Nascimento, S. (2010). Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, 101, 95-120.

- Nobre, L. C. C. (2003). Trabalho de crianças e adolescentes: Os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 963-971.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Health in all policies*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3b265511-a9de-4a87-9811-25289d85c9d4/content>
- Organización Panamericana de la Salud. (24 de julio de 2024). Intersectorialidad, indispensable para lograr la equidad en salud en la región de las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/24-7-2024-intersectorialidad-indispensable-para-lograr-equidad-salud-region-americas>
- Potvin, L. (2012). Intersectoral action for health: More research is needed! *International Journal of Public Health*, 57(1), 5-26.
- Public Health Association of British Columbia. (2015). *Intersectoral competency statements*. <https://phabc.org/>
- Rocha, D. G., & Akerman, M. (2014). Determinação social da saúde e promoção da saúde. En M. F. Sousa, M. S. Franco, & A. V. M. Mendonça (Orgs.), *Saúde da família nos municípios brasileiros* (pp. 720-754). Saberes.
- Saboga Nunes, L., Jourdan, D., Sauvart Rochat, M. P., Potvin, L., Akerman, M., Pichot, H., Tubert-Jeanin, S. & Holt, D. H. (2019). *Intersectorality: the voice of the next generation* [Póster]. Global Health & Education: pre-conference to the 72nd World Health Assembly, Ginebra, Suíza. <https://unescochair-ghe.org/wp-content/uploads/2019/09/Poster-pre-conf-Intersectorality-next-generation.pdf>
- Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., & Greaves, L. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25-33.
- Silva, E. C., & Pelicioni, M. C. F. (2013). Participação social e promoção da saúde: Estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 563-572.
- Solar, O., Valentine, N., Rice, M., & Albrecht, D. (2009). *What kind of intersectoral action is needed: An approach to an intersectoral typology*. [¿Qué tipo de acción intersectorial se necesita?: Un enfoque hacia una tipología intersectorial]. OMS.
- Viana, A. L. D. (1998). Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 32(2), 23-33.
- Wimmer, G. F., & Figueiredo, G. O. (2006). Ação coletiva para qualidade de vida: Autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 145-154.
- World Health Organization. (2008). *Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies*. Public Health Agency of Canada.

-----, (2017). *Meeting of the Technical Advisory Group on Health Promotion and the SDGs*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/eighth-global-conference>

Notas

- ³⁷⁸ Brasil. (2018). *Política nacional de promoção da saúde*. Ministério da Saúde.
- ³⁷⁹ Brasil. (2024). *Promoción de la salud en acción: Guía de aplicación de la intersectorialidad*. Ministerio da Saúde.
- ³⁸⁰ Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D. (2014). Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4291-4300.
- ³⁸¹ Brasil. *Política nacional...*, *op. cit.*, p. 26
- ³⁸² Brasil. *Promoción de la salud...*, *op. cit.*
- ³⁸³ 'Brasil tem escola do século XIX', afirma especialista em educação. (8 de noviembre de 2012). *Globo News*. <https://g1.globo.com/globo-news/noticia/2012/11/brasil-tem-escola-do-seculo-xix-afirma-especialista-em-educacao.html>.
- ³⁸⁴ Saboga Nunes, L., Jourdan, D., Sauvant Rochat, M. P., Potvin, L., Akerman, M., Pichot, H., Tubert-Jeanin, S. & Holt, D. H. (2019). *Intersectorality: the voice of the next generation* [Póster]. Global Health & Education: pre-conference to the 72nd World Health Assembly, Ginebra, Suíza. <https://unescochair-ghe.org/wp-content/uploads/2019/09/Poster-pre-conf-Intersectorality-next-generation.pdf>.
- ³⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud. (24 de julio de 2024). Intersectorialidad, indispensable para lograr la equidad en salud en la región de las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/24-7-2024-intersectorialidad-indispensable-para-lograr-equidad-salud-region-americas>.
- ³⁸⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2025). <https://www.cepal.org/>.
- ³⁸⁷ Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., & Greaves, L. (2012). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25-33.
- ³⁸⁸ https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?out-put=site&lang=pt&from=0&sort=YEAR_DESC&format=summary&count=20&fb=&page=1&tab=&range_year_start=&range_year_end=&skfp=&index=&q=%28ti%3A%28intersectorialidade%29%29.
- ³⁸⁹ Garcia, L. M. T., Maio, I. G., Santos, T. I., Folha, C. B. J. C., & Watanabe, H. A. W. (2014). Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: Um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, 38(103), 966-980. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140083>.
- ³⁹⁰ Huerta, J. C. (6 de febrero de 2020). Río Santiago, el más contaminado de México, pone en riesgo salud de 24 mil niños. *El financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/rio-santiago-el-mas-contaminado-de-mexico-pone-en-riesgo-salud-de-24-mil-ninos/>.

³⁹¹ *Ibid.*

³⁹² Franceschini, M. C. T. (2019). *A construção da intersectorialidade: O caso da Rede Intersetorial Guarulhos Cidade que protege* [Tesis doctoral, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-09092019-093125/pt-br.html>

³⁹³ Cuenca, S., Carrillo, y Puémape, F. (2016). Mirando al Estado desde la intersectorialidad y la intergubernamental. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 3(6), 207-229.

³⁹⁴ Brasil. *Promoción de la salud...*, *op. cit.*

³⁹⁵ Andrade, L. O. M. (2006). *A saúde e o dilema da intersectorialidade*. [La salud y el dilema de la intersectorialidad]. Hucitec; Escobar Díaz, F. A. & Rodriguez Corredor, Z. A. (2023). Salud en todas las políticas e intersectorialidad en América Latina y el Caribe, 2011-2021. Revisión de alcance. *Revista de Salud Pública de Córdoba*, 29(2), 1-11; Organización Panamericana de la Salud, *op. cit.*; Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *op. cit.*

³⁹⁶ Paulo Freire, educador brasileño, 1921-1997

³⁹⁷ Cunill Grau, N. (2005). *La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social*. BID; Potvin, L. (2012). Intersectoral action for health: More research is needed! *International Journal of Public Health*, 57(1), 5-26.

³⁹⁸ Mendes, R., & Akerman, M. (2007). Intersetorialidade: Reflexões e práticas. En J. C. A. Fernandez & R. Mendes (Orgs.), *Promoção da saúde e gestão local* (pp. 85-110). Hucitec/Cepedoc.

³⁹⁹ Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177; Akerman, M., Gonçalves, C. M., Bógus, C. M., Chioro, A., & Buss, P. (2011). As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. En M. Drumond Junior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Determinantes sociais e ambientais* (pp. 1-16). OPS/MacGill; Organização Mundial da Saúde. (2014~~3~~). *Health in all policies*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3b265511-a9de-4a87-9811-25289d85c9d4/content>

⁴⁰⁰ Franceschini, M. C. T., *op. cit.*

⁴⁰¹ Andrade, L. O. M., *op. cit.*

⁴⁰² Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., & Greaves, L., *op. cit.*

⁴⁰³ *Ibid.*; y Solar, O., Valentine, N., Rice, M., & Albrecht, D. (2009). *What kind of intersectoral action is needed: An approach to an intersectoral typology*. [¿Qué tipo de acción intersectorial se necesita?: Un enfoque hacia una tipología intersectorial]. OMS.

⁴⁰⁴ Potvin, L., *op. cit.*

⁴⁰⁵ Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D., *op. cit.*

- ⁴⁰⁶ Burlandy, L. (2009). A construção de política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: Estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal do governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 851-860.
- ⁴⁰⁷ Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., & Greaves, L., *op. cit.*; Solar, O., Valentine, N., Rice, M., & Albrecht, D., *op. cit.*; World Health Organization. (2008). *Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies*. Public Health Agency of Canada.
- ⁴⁰⁸ Feuerwerker, L. M., & Costa, H. (2000). Intersetorialidade na Rede Unida. *Divulgação em Saúde para Debate*, 37(22), 25-35; Moysés, S. J., Moysés, S. T., & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: A experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 627-638; Andrade, L. O. M., *op. cit.*; Silva, E. C., & Pelicioni, M. C. F. (2013). Participação social e promoção da saúde: Estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 563-572.
- ⁴⁰⁹ Public Health Association of British Columbia. (2015). *Intersectoral competency statements*. <https://phabc.org/>.
- ⁴¹⁰ Almeida Filho, N. (2000). Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: Atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 11-34; Carvalheiro, J. R. (1997). Transdisciplinaridade dá um barato. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1/2), 21-23.
- ⁴¹¹ Andrade, L. O. M., *op. cit.*; De Faria, M. S. R. (2013). *A intersetorialidade e os dilemas de sua prática no trabalho em saúde* [dissertação]. PUCMG.
- ⁴¹² Nobre, L. C. C. (2003). Trabalho de crianças e adolescentes: Os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 963-971.
- ⁴¹³ Guareschi, P. (1996). Relações comunitárias, relações de dominação. En R. H. F. Campos (Org.), *Psicologia social comunitária: Da solidariedade à autonomia* (pp. 81-99). Vozes; Viana, A. L. D. (1998). Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 32(2), 23-33; Fonseca, T. M. G. (2003). A cidade subjetiva. En T. M. G. Fonseca & P. Kirst (Orgs.), *Cartografias e devires: A construção do presente* (pp. 62-68). UFRGS; Wimmer, G. F., & Figueiredo, G. O. (2006). Ação coletiva para qualidade de vida: Autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 145-154.
- ⁴¹⁴ Calame, P. (2004). *Repensar a gestão de nossas sociedades: 10 princípios para a governança, do local ao global*. [Repensar la gestión de nuestras sociedades: 10 principios para la gobernanza, desde lo local hasta lo global]. Pólis.
- ⁴¹⁵ Rocha, D. G., & Akerman, M. (2014). Determinação social da saúde e promoção da saúde. En M. F. Sousa, M. S. Franco, & A. V. M. Mendonça (Orgs.), *Saúde da família nos municípios brasileiros* (pp. 720-754). Saberes.

⁴¹⁶ World Health Organization. (2017). *Meeting of the Technical Advisory Group on Health Promotion and the SDGs*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-well-being/eighth-global-conference>; Koivusalo, M. (2013). *Health in all policies: Framework for country action (2nd draft)*.

⁴¹⁷ Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., & Greaves, L., *op. cit.*; Potvin, L., *op. cit.*; Solar, O., Valentine, N., Rice, M., & Albrecht, D., *op. cit.*; Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R., Delgado, M. M., Andrade, C. L. T., Cunha, M. S., Martins, M. I. C., & Teixeira, C. P. (2009). Saúde da família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 783-794; Nascimento, S. (2010). Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade*, 101, 95-120.

⁴¹⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=new+generation%5BTtitle%5D&sort=>.

⁴¹⁹ World Health Organization. *Meeting of the Technical*, *op. cit.*, p. 5.

⁴²⁰ Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D., *op. cit.*, p. 4293.

⁴²¹ *Ibid.*, p. 4297

⁴²² Escobar Díaz, F. A. & Rodriguez Corredor, Z. A., *op. cit.*

⁴²³ Akerman, M., Franco de Sá, R., Moyses, S., Rezende, R., & Rocha, D., *op. cit.*

Capítulo VI

Gobernanza y ONG para la abogacía de políticas saludables

María del Rocío Sáenz Madrigal y Allan Abarca Rodríguez

Introducción

Se discute cómo la gobernanza, esto es, el diseño y la aplicación de procesos, mecanismos y vínculos entre instituciones de gobierno y organizaciones de la sociedad civil, repercute en vínculos colaborativos y transparentes en servicios de salud de alguna manera vinculados a la promoción de la salud. Se explica el caso del proyecto *Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes*, que en Costa Rica ha sido desarrollado por profesionales de la promoción de la salud, el prestador de servicios de salud de Costa Rica (Caja Costarricense de Seguro Social) y un conjunto amplio de organizaciones no gubernamentales, con una repercusión de mejoría frente a las diversas barreras que enfrentan mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Aplicada al campo de la salud pública, la gobernanza estudia la presencia, funcionamiento y legitimidad social de las instituciones que la conforman. Si bien la estructura es necesaria, no es suficiente para comprender la complejidad de las interrelaciones de los actores relevantes, es decir, de aquellos que cuentan con recursos de conocimiento, convocatoria, legitimidad y representatividad, esto en aras de resolver problemas o de aprovechar situaciones de mejora.

En temas relativos a la salud, la gobernanza se enfoca preponderantemente en la conducción y control más que en los resultados; sin embargo, para el logro de esos resultados se requiere de un buen desempeño. La tarea de gobernar pasa por procesos democráticos de participación, administración y eficiencia, así como de la confianza interpersonal y organizacional de quienes se integran colaborativamente.

En los procesos de decisión, los actores tienen diferentes y variados recursos de poder y peso estratégico. Estos –los recursos de poder– provienen de cargos públicos o autoridad, del control de las funciones públicas o de factores de producción, del control y acceso a la información, de la autoridad moral o de la posibilidad de convertirse en un grupo de presión.⁴²⁴ La interrelación de jugadores y las reglas de juego –formal y no formal– afectan las organizaciones;

el sistema de salud no es ajeno a esas interacciones y recursos de poder, que lo determinan y condicionan.

La gobernanza: elementos conceptuales y prácticas

El término original homologaba la *gobernanza* con el *gobierno* y, por lo tanto, con la noción de “conducción”. Sin embargo, este constructo genera modificaciones en el tiempo. Al respecto, a Husata le llama la atención que en la Cumbre de la Tierra realizada en Río de Janeiro se utilizó varias veces el término, pero como sinónimo de gobierno o de autoridad, debido a que dos textos, –uno del año 1985 y otro de 1990– impulsaron el abordaje teórico de la gobernanza.⁴²⁵

Como constructo, a la gobernanza se le ha imputado varias definiciones, algunos le han sinonimizado a la “dirección”, otros lo entienden como la *capacidad del conjunto de instituciones y sus relaciones*, con lo cual, con el paso del tiempo se torna amplio.⁴²⁶ Lo innegable es que “los patrones, estructuras y reglas de juego” son fundamentales para entender su acepción.⁴²⁷

La gobernanza se presenta como una forma de cooperación y colaboración entre las entidades de la sociedad civil y los organismos del Estado, especialmente los de la rama gubernamental. En el lenguaje de la gobernanza, el término ‘sociedad civil’ suele incluir tanto los movimientos sociales y las ONG's como las empresas privadas. Hay autores, sin embargo, que distinguen entre la sociedad civil y el «sector privado», sin incluir este en aquella.⁴²⁸

Otro elemento fundamental es considerar el asentamiento de las *redes* como marco organizativo prioritario. Estas se basan en la cooperación –rasgo horizontal– y en intereses comunes para impulsar acciones o políticas públicas.

En la gestión pública hay un énfasis al establecimiento del límite de la oferta o intervención del Estado. Ya sea por incapacidad o por razones de conveniencia, hay nuevos mecanismos/formas de interacción estatal. Es decir, se renuevan los marcos regulatorios con los cuales los actores de la sociedad civil y política se vinculan.

Al respecto, Natera afirma que, aunque la “gobernanza se utiliza de distintas maneras y adquiere múltiples significados hay, con todo, un acuerdo básico acerca de que se refiere a la puesta en práctica de estilos de gobernar en los que se han difuminado los límites entre los sectores público y privado”.⁴²⁹ Esto lo

reafirma Koimann, al asegurar que “las líneas divisorias entre los sectores público y privado se están borrando,⁴³⁰ y que los intereses con frecuencia son “compartidos”.

De hecho, la imposición de un poder ejecutivo o de una institución gestora de servicios de salud es sustituida, idealmente, por un convencimiento entre partes de cómo realizar transformaciones con cierto nivel de acuerdo cooperativo. Esto da paso a una especie de nueva estructura en el sentido que hay un acompañamiento entre actores, sin que aquella que detenta la autoridad lo haya delegado o perdido. No quiere decir, tampoco, que se impone un discurso armonioso: el proceso de construir vías de diálogo y trabajo mancomunado enfrenta límites.

La aparición y la exigencia de la gobernanza revela la crisis del modelo de Estado y su falta de respuesta a los problemas diversos y crecientes.⁴³¹ Sin embargo, la emergencia de organizaciones de la sociedad civil para enfrentar problemas públicos no debe interpretarse necesariamente como consecuencia de una insuficiente intervención del Estado. En algunos casos, estas organizaciones contribuyen a visibilizar problemáticas que habían permanecido fuera de la agenda pública, promoviendo el diseño de respuestas estatales orientadas a su abordaje, como se observará más adelante en el caso de Navegación.

Husata define a la gobernanza como “[...] un enfoque posgubernamental de gobernar. Los tiempos modernos requieren nuevas formas de ejercer el poder, ya no la clásica forma vertical y discrecional de actuar”.⁴³² Pero esto, además de voluntades, exige mirar los arreglos institucionales, debido a que muchos son formales (vg. Parlamentos o Ministerios), pero otros de manera informal (vg. comportamientos de los grupos en sociedad).

En distintos momentos, la Organización de las Naciones Unidas ha ratificado una noción impulsada desde 1997, según la cual la gobernanza implica, entre otros, los mecanismos, procesos e instituciones con los cuales la ciudadanía define y ejerce derechos, se cumplen obligaciones y se resuelven diferencias en medio de una autoridad que es ejercida en un país.⁴³³ Los problemas y los recursos son gerenciados en un marco que exige participación pública, rendición de cuentas y transparencia.

La incorporación de espacios y acciones colaborativas impactan formas correctas de gobernar, altamente asociados con el paradigma del buen gobierno. Aunque el hecho que le asista una noción prescriptiva –hasta cierto

punto idealizada— hace requerible tomar precauciones en el tanto hay que verificar la preexistencia de condiciones en cada espacio territorial o nación,⁴³⁴ para ese confluir que sea sostenible y no conflictivo.

En el campo analítico de la gobernanza se habla de una estrategia denominada *gobernanza colaborativa*, la cual implica la convocatoria de múltiples actores del sector estatal y no estatal, que tienen características de afinidad sobre un tema o asunto; lo que favorece una toma de decisiones, pero que no es siempre consulta sino la de una incorporación real de la posición.⁴³⁵ El aseguramiento de la gobernanza requiere prestar atención a las capacidades (técnicas y conocimientos al servicio de los actores), la circulación de la información (que debe ser completa y oportuna sobre los propósitos e intereses), entre otros elementos (véase figura 1).

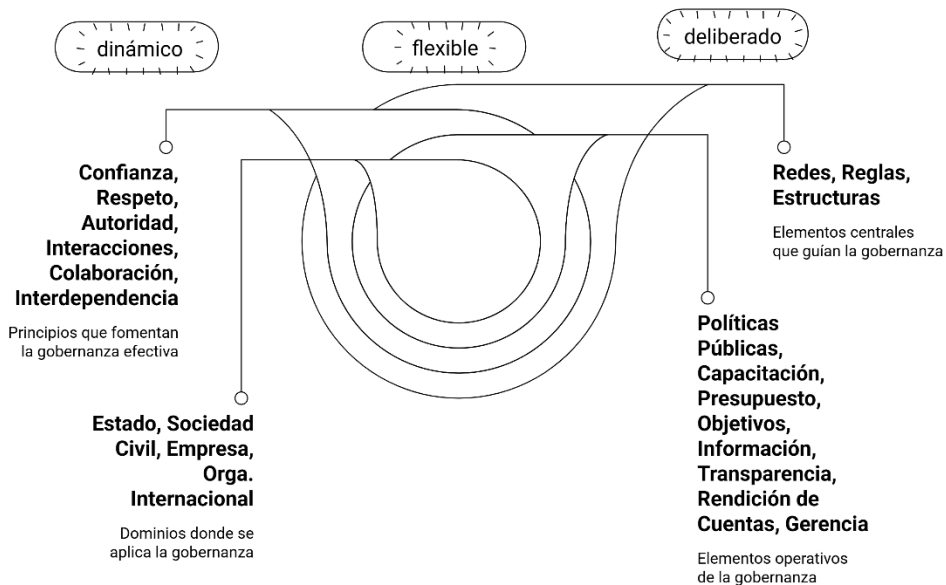


Figura 1. Principios, elementos y dominios básicos en y para la gobernanza

Fuente: Elaboración propia con base en Husata Garay, R. (2014). Conceptualización del término Gobernanza y su vinculación con la Administración Pública. *Encrucijada Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública*, (18), 1-18; Natera Peral, A., (2005). Nuevas estructuras y redes de gobernanza. *Revista Mexicana de Sociología*, 67(4), 755-791; y Kooiman J. (2005). Gobernar en gobernanza. En Martínez, A. C. (Coord. y Trad.), *La Gobernanza hoy. 10 textos de referencia* (pp. 57-85). Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).

De todos estos aspectos y situaciones que favorece el entendimiento entre actores tenemos al *capital social* como un elemento necesario para la gobernanza, en tanto demanda una ciudadanía activa que caracteriza un nuevo equilibrio y forma relacional entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales. Los grupos o actores sociales pueden representar intereses legítimos. Natera los denomina “intereses sociales”.⁴³⁶

Si bien las intervenciones refieren a las políticas públicas, las interacciones no solo son de los actores entre sí, sino de aquellos elementos que operan como interferencias.⁴³⁷ Por ejemplo, en el ámbito de la salud piénsese en las sequías producto del cambio climático, las migraciones por hambruna o guerra, los desastres naturales, entre otros.

En los años 1970 y 1980 la discusión sobre cómo mejorar la función pública generó propuestas paradigmáticas de diversa índole. Por ejemplo, la nueva gestión pública (NGP) se constituyó en un movimiento en pro de una gestión de lo público con parámetros del sector privado, impulsado en la década de los ochenta del siglo pasado. Entre sus principios se entroniza la concepción del “cliente” en la administración pública.⁴³⁸ Si bien se centra en el requerimiento de gerenciar de la mejor manera, evoca una especie de funcionario público a la medida de un empresario, bajo un fundamento eficientista en la misión pública.

Con el advenimiento del nuevo siglo hay un notorio impulso a la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos; de hecho, la gobernanza se apodera del concepto “que mayor participación ciudadana traerá consigo mayor calidad en la tarea de gobernar”.⁴³⁹

Desde Secretarías, Ministerios, Consejos o cualquier ente que diseñe o ejecute políticas públicas o acciones –sea en los ámbitos nacional, regional o local–, hay un profundo interés que se realice con el mayor escrutinio social. El dominio jerárquico se diluye en aras de un afán colectivo, por eso se reivindica al ciudadano, no al cliente; esto es, quien ostenta derechos y deberes por vivir en una sociedad, más no quien exige una prestación de servicio solamente por la tenencia del poder adquisitivo, cual si fuese una relación mercantil.

En la vigilancia de la hacienda pública hay una constante preocupación por la eficiencia en momentos en que aumenta la demanda de bienes y servicios públicos. Peters es de la idea que las “reformas hechas al gobierno, sobre todo en los regímenes democráticos, han estado orientadas a fortalecer su capacidad para procesar las demandas de sus ciudadanos y para responder mejor a ellas”.⁴⁴⁰

Por eso Quintero afirma que “la gobernanza es un tema de gobierno que implica lo administrativo, pero que no se reduce a ello. Incluye procesos en un nivel más alto que la prestación de servicios y bienes públicos necesarios [...]”,⁴⁴¹ dado que no está limitado a los actores que son referidos en una ley.

Con la gobernanza destaca el hecho de gobernar, es decir, de imprimir direccionalidad y sentido en las respuestas públicas, bajo un sentido colaborativo y participativo. Dicho de otra manera, se estimula la opción de gobernar por parte de varios actores. El propio Gobierno es uno más, aunque con notoria relevancia.

Para Souto Maior y Dornelas, la gobernanza, al enfocarse en las prácticas participativas en la gestión pública, debe incorporar dos aspectos: en primer lugar, diseñar espacios para que actores sociales participen tanto de la gestión como del control social; en segundo lugar, que se generen prácticas asociativas situadas en las redes primarias (territorios, la comunidad) que implican entramados mayores.⁴⁴²

El vínculo entre Estado y sociedad civil implica potenciar mejores resultados en una red que no hay que nominarla como servilista. Es decir, el vínculo se genera con organizaciones de la sociedad civil, pero estas organizaciones tienen su propia agenda y principios que fomentaron su creación, muchas veces como reacción a un Estado desapercibido o que inicialmente era más vertical.⁴⁴³

La complicidad entre las organizaciones del Estado y la sociedad civil organizada está en función del bien público superior, de una coincidencia de aspiraciones, de una generación de valor agregado a partir del trabajo conjunto, a diferencia de si estuvieran separadas:

Las redes rara vez son tan autorreferenciales y autónomas como algunos teóricos suponen, pues para tener cierto peso en la política deben tener una cierta cercanía con la autoridad del Estado. Mientras más estrechos son sus vínculos con el gobierno más probabilidades tienen de ser efectivas, a largo plazo, en obtener lo que desean de él.⁴⁴⁴

Los nodos colaborativos pueden darse en distintas dimensiones: en lo internacional-nacional, lo nacional-regional, lo nacional-local, entre otros. Por ejemplo, con el fenómeno de la influenza AH1N1, en el año 2009, se afirmó la idea de que hay fenómenos afectantes de la salud de las personas de manera transfronteriza. Para Legler ese es un ejemplo de la *gobernanza global*, la caracteriza “como la resolución de problemas globales específicos por medio de

la creación de distintas esferas transnacionales de autoridad, cada una de las cuales comprende un grupo diferente de actores y una arquitectura institucional particular”;⁴⁴⁵ o sea, hay fenómenos transescalares o multinivel (vg. pandemias, cambio climático), no solamente del contexto nacional.

Gobernanza en salud y promoción de la salud

Diversos estudios y propuestas analíticas refieren al tema de la gobernanza sobre los servicios de salud, particularmente a los mecanismos de aseguramiento, la cobertura, innovación gerencial y procesos de cambio en los sistemas de salud, con énfasis en los ejes de participación de la sociedad civil – en el monitoreo de las acciones respectivas– y de la rendición de cuentas.⁴⁴⁶ Se reconoce su potencialidad en el ámbito de la promoción de la salud y cuya demanda queda patente en tres Conferencias Mundiales: las realizadas en Canadá, Australia y Tailandia.

En la *Conferencia Mundial de Ottawa* (1996) dos de las cinco estrategias implican el repensar la gobernanza. El primero de ellos es la estrategia del “reforzamiento de la acción comunitaria” y la segunda “la reorientación de los servicios sanitarios”. Esta última convoca a los sectores económicos, sociales y políticos en estrecho vínculo al sector sanitario.⁴⁴⁷

Por su parte, en 1988 se realizó la *Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Adelaida*, de la cual derivó un particular llamado a que todos los sectores incluyesen a la salud como parte de sus políticas.⁴⁴⁸ En otras palabras, dado que las instituciones realizan políticas públicas, se pretende que incluso aquellas que no pertenecen estrictamente al sector salud se avoquen a prever el impacto en salud y, en lo ideal, planificar el vínculo de toda política pública con la salud de las poblaciones (véase figura 2).

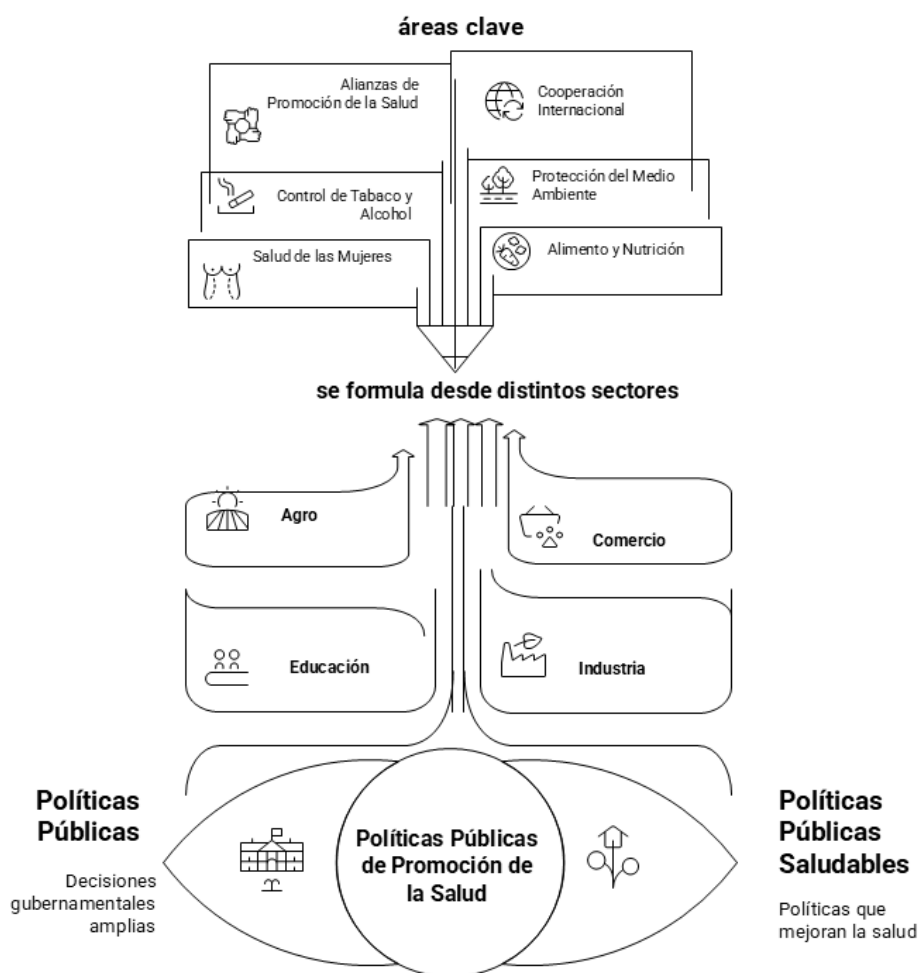


Figura 2. Elementos centrales en la declaración sobre la salud en todas las políticas públicas (Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Adelaida, 1988)

Fuente: Elaboración propia con base en las recomendaciones de Organización Mundial de la Salud. (1988). Políticas a favor de la salud: Recomendaciones de Adelaida [Conferencia]. *Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Adelaida, Australia.

Las políticas públicas en salud deben incidir en los entornos que mejoren la salud de las poblaciones. Las metas en promoción de la salud deben integrarse en los distintos niveles de gobierno, para lo cual las alianzas con grupos comunitarios, académicos, religiosos, sindicales, entre otros, son fundamentales.

La *Declaración de Adelaida*, del año 2010, convoca a todos los sectores para incluir a la salud como parte de su quehacer, para esto requiere el impulso de una “nueva gobernanza” que sea capaz de crear alianzas con la sociedad civil y el sector privado, y de estructurar agendas y diálogos compartidos. En otras palabras, el éxito de una política pública requiere una respuesta integrada, y ello significa gobernanza. Se consolida el llamado a impulsar el enfoque de *la salud en todas las políticas*, como un principio de reconocimiento a la repercusión que cualquier actividad propia de un sector específico –como educación, industria, economía, transporte, etc.– puede generar en las condiciones y calidad de vida de las poblaciones.⁴⁴⁹

Con anterioridad, en la sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud –llevada a cabo en Bangkok– se parte del contexto globalizador que exige que el gobierno sea un actor más, no el exclusivo, en la promoción de la salud: las comunidades y la sociedad civil organizada deben ser protagonistas en impulsarla. Las circunstancias internacionales implican un desafío y una oportunidad para ese trabajo mancomunado, y desde esferas que no son exclusivamente de gobierno (véase figura 3).

La incidencia en promoción de la salud es potencializada si está presente en todos los niveles de gobierno, involucrando a la sociedad civil, las empresas y las organizaciones internacionales. La cotidianidad revela riesgos transfronterizos más amenazantes, una mayor complejidad en los asuntos de salud pública y una cada vez mayor necesidad de enfrentar los determinantes sociales de inequidad en salud. Este panorama exige compromiso de todas las partes y en los más diversos sectores, por ejemplo, el de comercio.⁴⁵⁰

Ahora bien, enfrentar amenazas relativamente nuevas o situaciones transfronterizas es complejo. El paso a incentivar la gobernanza no es fácil, la sola ausencia de un elemento o su débil presencia puede generar una debacle en la intención de la acción colectiva.⁴⁵¹

La complejidad en los retos emergentes de la salud pública y su vínculo con la gobernanza es una constante: ¿Cómo responder ante escenarios de emergencia global como la pandemia del COVID-19? La respuesta no es fácil habida cuenta del panorama de incertidumbre y la necesidad de contención inicial.⁴⁵² No obstante, se han emprendido algunos intentos de análisis desde el marco de la gobernanza y sus variantes, principalmente enfocados al proceso de toma de decisiones, los valores sociales dominantes y las prácticas habituales, entre otros.⁴⁵³

Incluso, está la tesis del refuerzo de la “gobernanza sanitaria global”, en el sentido de superar acciones aislacionistas-nacionalistas para forjar una red de política pública articuladora que responda a la compleja arquitectura de salud global, en la cual asiste una diversidad de actores (que comprende desde casas farmacéuticas, universidades, organizaciones benéficas, entre otros).⁴⁵⁴ Se reivindica la existencia de marcos propios de decisión y de la existencia de alianzas público-privadas que es importante armonizar como parte de un eje de trabajo. La gobernanza global en salud se concibe como un sistema de normas e instituciones que favorecen interacciones ente estados y actores no estatales para la atención de problemas comunes,⁴⁵⁵ pues hay actores internacionales de política de salud global.

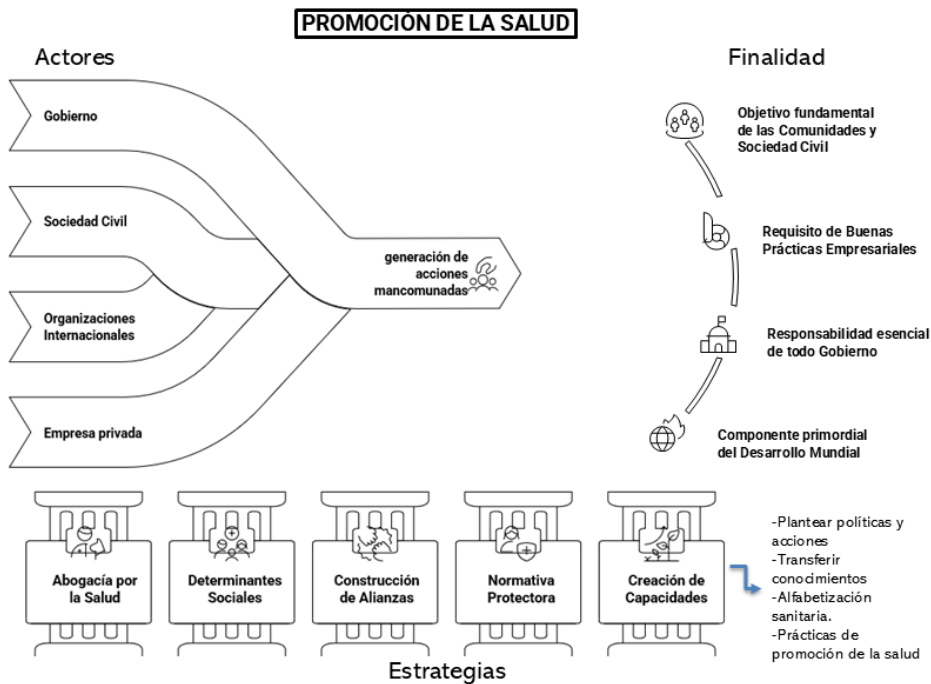


Figura 3. Elementos centrales en la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado (Tailandia, 2005)

Fuente: Elaboración propia.

Las ONG y la gobernanza en salud

En las últimas décadas, los países de América Latina han implementado en sus sistemas de salud una serie de reformas que han modificado las organizaciones y las reglas del juego que influyen en las políticas públicas en salud.⁴⁵⁶

A pesar de ciertos esfuerzos por instituir la participación (vg. en Costa Rica se idearon juntas de salud en hospitales y clínicas, para fomentar la participación ciudadana en el control de los servicios), desde la perspectiva de la comunidad se lamentan los escasos recursos para actuar y las limitaciones para incidir en la gestión, casi que reducidos a sugerencias y, eventualmente, a reclamos.⁴⁵⁷ En ese sentido, para una buena gobernanza de los sistemas de salud se requiere fortalecer los procesos participación y la inclusión de nuevos actores al proceso de toma de decisiones.

Las ONG en sí mismas son una expresión de asociatividad que en la mayoría de los casos no encuentra satisfactor en el lucro, sino más bien en la entrega de tiempo y dedicación en el marco de un voluntariado. Cernea menciona tres nuevas características del reciente desarrollo de las ONG: a) que se han venido multiplicando y expandiendo en número, b) antiguas organizaciones asumen nuevas funciones, c) son conscientes de que su poder ha aumentado la militancia y la movilización.⁴⁵⁸

En el caso particular de las organizaciones de pacientes,⁴⁵⁹ estas se conforman principalmente por personas que padecen o han experimentado, a nivel personal o familiar, alguna patología severa. Hay que reconocer que son actores políticos fuertes, ya que expresan las necesidades no resueltas de que han experimentado en carne propia la soledad, el sufrimiento y la posibilidad de su propia muerte; ya se sea por una enfermedad crónica, degenerativa, dolorosa o traumática. Al agruparse, buscan y construyen apoyo con el fin de que los nuevos pacientes encuentren un camino menos empedrado que el que ellos mismos o sus familiares han pasado.

Cada ONG tiene su propia historia de origen y desarrollo. Por ejemplo, en las ONG de pacientes vinculadas al cáncer de mama, es posible identificar una experiencia personal o filial que marcó la necesidad de hacer todo lo posible para que futuras pacientes no sufran o experimenten lo mismo que ellas mismas o sus familiares padecieron. El común denominador es el conocimiento de la enfermedad, los tratamientos y el descubrir mecanismos para superar dificultades identificadas en el sistema de salud. En no pocas

ocasiones, las ONG sirven de interlocutor con los servicios de salud, canalizan o buscan solventar limitaciones o barreras que podrían retrasar, interrumpir o provocar abandono al tratamiento por motivos propios de la prestación de los servicios de salud.

Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes. Una experiencia exitosa de gobernanza en salud

En documentos oficiales e institucionales es posible identificar una gama de compromisos y actividades sobre hábitos y espacios saludables, control de factores de riesgo, entre otros. No obstante, las acciones o proyectos para que los servicios de salud se enfoquen más a la promoción de la salud que a la atención de la enfermedad no han tenido el mismo peso, ni el mismo éxito. Las acciones son aisladas o residuales. La atención recibe preminencia en discursos y prácticas políticas.

En el 2007, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica asume el reto de desarrollar una opción profesional en *Promoción de la Salud*. La propuesta académica se fundamentó en competencias. Se seleccionó un conjunto de contenidos, vaciados en “proyectos formativos”, que siguieron la tendencia de la práctica de la promoción de la salud en el país y en otros países de la región latinoamericana, lo que dejó un espacio reducido para la reorientación de los servicios de salud. Es más, en los documentos de justificación de la nueva oferta académica se consigna que un énfasis de campo de trabajo sería en el nivel local-comunitario.

Mientras en el ámbito académico se asumía el reto de formar a nuevos profesionales en promoción de la salud, en los medios de comunicación, en las calles y en ámbitos institucionales, los movimientos de mujeres lanzaban un llamado para mejorar la atención del cáncer de mama. Explícitamente solicitaban programas de detección temprana, tratamiento oportuno, mayor capacitación y sensibilidad del personal de salud. El clamor más fuerte fue “hacer algo” con las mujeres que teniendo el cáncer no recibían tratamiento oportuno o la detección era muy tardía.

Es así como se posibilita que los nuevos profesionales incursionaran en el ámbito hospitalario con el fin de rescatar que la visión y necesidades de las pacientes estuvieran presentes, no solo alimentando la oferta de servicios, sino acompañando el proceso mismo de la atención. Esto implicaba realizar todas

las actividades para que las necesidades médicas y no médicas de las pacientes fueran reconocidas y atendidas.

En tal proceso se integran los profesionales en promoción de la salud, las ONG –cuyo perfil se explica más adelante– y los mismos trabajadores de la salud en el proyecto Mujeres que salvan vidas: modelo de Navegación de Pacientes. En el diseño, ejecución y evaluación participan tres actores: la sociedad civil, la Universidad de Costa Rica (por medio de la Escuela de Salud Pública) y la Caja Costarricense del Seguro Social.⁴⁶⁰ Sus propósitos son: mejorar la calidad de vida de las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, y disminuir barreras y tiempos de espera en el proceso de atención, bajo un acompañamiento personalizado.

Nacido en el año 2011 con Fondos del Consejo Nacional de Rectores (CONARE) administrados por la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, la propuesta de Navegación de Pacientes busca orientar a las pacientes con cáncer de mama en el transitar por el sistema de salud costarricense.⁴⁶¹ A partir del año 2016, por medio de una contratación entre la Caja Costarricense del Seguro Social y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, el proyecto se fortalece y amplía a los tres hospitales nacionales, un hospital especializado y dos hospitales regionales.

El “modelo de navegación” se articula a partir de cinco pasos o etapas (véase figura 4). Cada una de estas comprendió una serie de actividades en aras de generar cohesión y capacidad de autodescubrimiento en lo que cada actor podía y necesitaba aportar al proceso. Desde el punto de vista de la gobernanza es posible advertir el acercamiento de instancias desde la sociedad civil y las autoridades públicas, en una construcción que termina consolidando una alianza.

Etapas 1. Acercamiento y negociaciones con el sistema de salud costarricense

Con las autoridades de cada hospital se explora el interés para el desarrollo del proyecto y se acuerdan condiciones mínimas de apoyo como, por ejemplo, el enlace hospitalario, oficina acondicionada y la aceptación e integración de las navegadoras (son personas adscritas a las ONG) y promotoras de la salud en el hospital. La dirección del hospital y las personas responsables de los servicios respectivos asienten su compromiso para fortalecer la atención oportuna, de acuerdo con los hallazgos y recomendaciones del equipo de Promotores de la

Salud y del voluntariado. Un aspecto esencial con la gobernanza es que las sucesivas conversaciones entre partes y el respeto de lo acordado auspició una confianza que fue la base para generar estabilidad a la iniciativa.

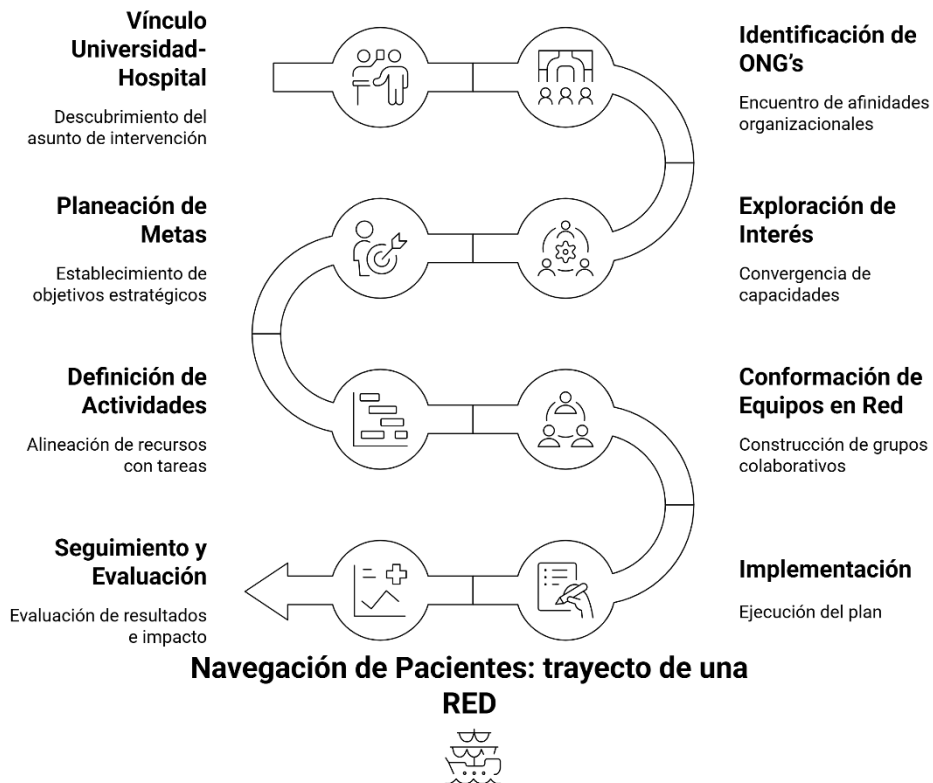


Figura 4. Proceso del modelo de Navegación de Pacientes (2011-2020, CCSS-UCR)

Fuente: Elaboración propia.

Etapa 2. Identificación de las ONG y grupos de voluntariado

Hay que destacar que para la selección de las ONG se realiza un análisis de idoneidad y capacidad de los diferentes grupos de voluntariado. Esto, en conjunto con la dirección del hospital y los servicios involucrados en el proceso de atención de las pacientes a navegar. Dentro de la idoneidad se incluye la experiencia de trabajo en el hospital, el tipo y tiempo de la organización, el liderazgo y experiencia del trabajo con pacientes.

Como la navegación se ejecuta por medio de un voluntariado hay un perfil de entrada previamente definido:

- a) Membresía en una ONG que desarrolla el tema de cáncer de mama y que se exprese la voluntariedad en participar.
- b) Membresía en una ONG que no desarrolle el tema en específico de cáncer de mama, pero que exprese un deseo de colaborar en la iniciativa.
- c) Reclutamiento de pacientes o familiares con experiencias en el tema de cáncer, que expresen el deseo de colaborar voluntariamente.

Al año 2020 los voluntariados participantes en el proyecto son: Tour Rosa y Fundeso (Hospital México), Elige Vivir y Metamorfosis (Hospital San Juan de Dios), APECAGIMA y Fundacáncer (Hospital Calderón Guardia), FUNDAMURO (Hospital San Vicente de Paul) y un grupo organizado de voluntarias en el Hospital de las Mujeres.

Etapas 3. Capacitación a las voluntarias de la organización no gubernamental

En sesiones presenciales y dinámicas de grupo se comparten los temas que las voluntarias requieren para brindar un servicio de navegación apropiada: información sobre el cáncer de mama, organización de los servicios de salud, manejo de datos, trato a la paciente, ética, confidencialidad y trabajo en equipo, entre otros.⁴⁶² Es importante mencionar que el contenido de la capacitación se define en conjunto con el equipo de profesionales del servicio de salud. Las navegadoras (voluntarias) expresan dedicación y compromiso. La motivación es un elemento fundamental sobre la cual se insiste durante todo el proceso en las distintas fases de acompañamiento a la persona usuaria. En las diferentes capacitaciones se utiliza una metodología constructivista bajo contenidos lúdicos que responde a las características sociocognitivas de las voluntarias, de modo que se aproveche al máximo el aprendizaje y se fortalezca el empoderamiento de las futuras navegadoras sobre las prácticas que van a ejercer día a día en el hospital, así como los conocimientos necesarios para colaborar con la paciente en su transitar por el servicio de salud.

Etapas 4. Integración del voluntariado con los equipos del hospital

Una vez capacitadas las navegadoras, se realiza la inserción progresiva a los diferentes puntos de contacto de las pacientes con el hospital y las diversas actividades. Esto requiere de una minuciosa y cercana coordinación para las diferentes unidades que participan en la atención del paciente. Es en esta etapa que la navegadora encuentra a las pacientes y los diversos servicios especializados, así como las rutas que en cada momento debe seguir para lograr una atención oportuna y sin retrasos.

Etapas 5. Ejecución y operacionalización de la navegación de pacientes

Las navegadoras inician el acompañamiento a las pacientes según la ruta de atención definida dentro de los diferentes servicios prestados por el hospital. Incluso acompañan una vez finalizado el tratamiento de quimioterapia y durante las citas de control anual. Los datos de cada paciente se registran por las navegadoras en un formulario; la información posteriormente es ingresada a la base de datos por la persona profesional en promoción de la salud.

La información incluye características sociodemográficas de la paciente, datos de localización, fecha aproximada de sospecha de diagnóstico y fecha de primera cita, consentimiento informado e información sobre procedimientos diagnósticos, tratamientos y seguimientos indicados por el personal médico. En cada sección se incluye un espacio recordatorio de las acciones que debe de realizar la navegadora. Toda la información permite estimar tiempos de atención o barreras internas y externas de la paciente que inciden en su proceso de atención.

El acompañamiento de la navegadora inicia desde el momento en que el profesional de salud de la Clínica de Mama clasifica el caso como con alta sospecha de cáncer de mama o con diagnóstico confirmado. El seguimiento consta de llamadas telefónicas o reuniones presenciales con el fin de asegurar el cumplimiento a cabalidad de todos los exámenes de laboratorio o gabinete, tratamientos y citas con especialistas. En cada hospital la persona promotora de salud planifica semanalmente las tareas a realizar para el seguimiento, elabora agendas para la ejecución de llamadas y los acompañamientos presenciales a las pacientes.

Los contactos telefónicos tienen por objetivo conocer el proceso que lleva cada usuaria y recordar las citas próximas. Se efectúa un acto de presencia para realizar acompañamientos, principalmente para obtener citas –en caso de que las mujeres se apersonen al hospital en solitario–, identificar los sitios (servicios) a los que debe dirigirse, brindar información básica (a las pacientes o familiares) y gestionar las barreras que requieren ser abordadas por el hospital. Lo anterior permite:

- a. Sensibilizar y brindar información básica a las usuarias del servicio acerca de diferentes temas atinentes al proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los derechos por medio de material escrito.
- b. Con respecto a las barreras, el equipo de promotores de la salud posee una matriz diseñada en un programa de cómputo para la caracterización de estas y las acciones para gestionarlas.

Etapas 6. Evaluación y seguimiento

Los equipos de los diferentes hospitales se reúnen para observar y analizar puntos de mejora en forma continua. El equipo incluye un grupo de especialistas en promoción de la salud conformado por gestores y analistas de datos, especialistas en la atención del cáncer de mama (que son la contraparte de los servicios de salud), personas voluntarias coordinadoras de navegación y las personas presidentas de las ONG en cada hospital. Entre otros, los esfuerzos se dirigen a la generación de mejoras en el modelo que son reportados a cada hospital, a la Gerencia Médica de la CCSS y a la Universidad de Costa Rica.

Para el 2019, Navegación opera en seis hospitales públicos, participan ocho ONG, se han capacitado 230 navegadoras y permanecen 84 navegadoras-voluntarias. Entre el 2016 y enero 2019 se ha acompañado a 2321 pacientes con más de 30 000 contactos entre llamadas y acompañamientos presenciales, lo que ha logrado disminuir los tiempos de respuesta en 136 días. Estos resultados se han agrupado en 37 indicadores de innovación categorizados según accesibilidad, adopción, apropiación, fidelidad, costo, cobertura y escalonamiento, esto basados en distintos autores.⁴⁶³

Retomando los criterios de clasificación de las ONG, planteados por Cernea, se puede caracterizar a las ocho ONG que forman parte del proyecto de navegación (véase tabla 1).

La mayoría de las organizaciones mencionan explícitamente en la misión o visión el enfoque de trabajo con pacientes de cáncer: tres especifican el cáncer de mama, dos de ellas cáncer de mama y cuello de útero, dos organizaciones dirigen sus esfuerzos a los pacientes en general o la provisión de insumos y equipo médico. Todas las organizaciones son locales, solo dos no mantienen relaciones con otras redes. En cuanto a la vida de la organización, hay una organización con casi 40 años y tres con 8 años, la más reciente apenas supera los 5 años.

Tabla 1. Caracterización de las ONG (Proyecto Mujeres que Salvan Vidas, Costa Rica)

ONG	Criterios			
	Fuertes (+++) Frágiles (++) Débiles (+) (1)	Internacionales y centrales (+++) Locales y periféricas (+) (2)	Grandes e integradas a redes (+++) Pequeñas y aisladas (+) (3)	Duraderas y crecientes o efímeras o de corta vida (4)
Tour Rosa	+++	+	+++	+ (2012)
Elige vivir	+++	+	+++	+ (2012)
FUNDACANCER	+++	+	+++	+++ (1996)
APECAGIMA	++	+	+	+++ (1993)
FUNDESO	+++	+	+++	+++ (1983)
Metamorfosis	+++	+	+++	+ (2014)
FUNDAMURO	+++	+	+++	+ (2012)
Asociación por Hospital SRA	+	+	+	+++ (1983)

- 1. Misión o visión específica en trabajo con pacientes de cáncer: Sí = (+++), No = (+).
 - 2. Desarrollo de trabajo: nacional = (+++), local = (+).
 - 3. Grandes o integradas a redes = (+++), pequeñas o aisladas = (+).
 - 4. Según fecha de creación: menos de 10 años = (+), 10-20 años = (++), más de 20 años = (+++).
- Fuente: Elaboración propia, bajo metodología de Cernea, M. (1989). *Organizaciones no gubernamentales y desarrollo local*. Banco Mundial, Reporte WDP40.

Conclusiones

Según Murray y Frenk, el desempeño de los sistemas de salud se puede agrupar en tres acciones sanitarias: a) mejorar la salud, b) acrecentar la capacidad de respuesta a las expectativas de la población y c) asegurar la equidad de la contribución financiera.⁴⁶⁴ La segunda acción, agregan los autores, supone el respeto a las personas, incluida la dignidad, la confidencialidad y la autonomía de estas y sus familias para tomar decisiones sobre su propia salud. Incluye la orientación a la persona usuaria, el acceso a redes de apoyo social durante la asistencia y la calidad de los servicios básicos.

La búsqueda de sistemas de salud públicos accesibles y sostenibles requieren de mecanismos e instrumentos que faciliten la gobernanza. Es una tarea compleja, habida cuenta de la diversidad de actores y los desencuentros en los enfoques o la garantía de una coparticipación efectiva.

¿Cómo se logra superar la natural aparición de los desencuentros o dificultades en un trabajo colaborativo y cooperativo? En el caso particular del caso analizado, la construcción de evidencias en forma conjunta, la clarificación de ámbitos de competencias, el respeto a los roles, la búsqueda constante de sinergias –en un ambiente seguro y de valoración de los conocimientos, experiencias y saberes– fueron premisas subyacentes en las etapas de planificación, ejecución y evaluación de los avances. Tanto las ONG como la universidad pública participante fueron invitadas a colocar en la mesa de trabajo cualquier tema relacionado, enfatizando que para actuar juntos es necesario también caminar juntos.

Hay quienes abogan que “la gobernanza para la salud debería ser considerada en la caja de herramientas analíticas de la SP [Salud Pública]”.⁴⁶⁵ Pero el camino no es fácil, hay modelos (analíticos y descriptivos), tipos de modelos y variantes, que complejizan su puesta en ejecución. Esto genera cierto pesimismo y recuerda la crítica del fundamento polisémico de la gobernanza.⁴⁶⁶

¿Por qué ocurre esto? Hay enfoques distintos de la gobernanza: que alberga preeminencia de las redes o que más bien es un estilo de dirección desde la autoridad pública; que es un impulso democrático por un enlazamiento de actores o que más bien es un relanzamiento del liderazgo de las instituciones públicas.

Entonces, armonizar el trabajo conjunto no es una tarea sencilla. En diversas agencias pueden aparecer intereses divergentes, incluso divisiones en las propias

comunidades epistémicas.⁴⁶⁷ Suele aparecer un señalamiento negativo hacia las ONG, por ejemplo, que son muy críticas del desempeño gubernamental, más interesadas en las consignas que en el activismo. Por otro lado, hay situaciones desde las propias ONG que aprecian cierto intento de control hacia ellas, lo que podría inhibir su independencia.⁴⁶⁸

El proyecto Navegación de Pacientes ha sido posible gracias a la vinculación de la academia, los servicios de salud y las organizaciones no gubernamentales. Esta interrelación de actores y sus resultados han catalogado este modelo como una innovación en la atención del cáncer de mama en Costa Rica,⁴⁶⁹ incluso llegan a una cobertura que supera el 70 % de las pacientes vistas en la sesión de mama.⁴⁷⁰

Si bien es cierto se desarrolla en hospitales nacionales y algunos regionales, lo ideal es un trabajo en red que involucre el seguimiento y orientación a la paciente desde el primer nivel de atención hasta el hospital nacional, ya que se ha detectado que parte de las inequidades residen en el primer y segundo nivel de atención. Esto prolongan el diagnóstico y tratamiento oportuno.

La experiencia personal de sufrir una enfermedad grave y transitar por el proceso de atención es el motor que impulsa a la mayoría de las ONG analizadas y que explica su permanencia en el tiempo. Dickson aboga por las ventajas y oportunidades que asisten al trabajo colaborativo entre los Gobiernos y las ONG. Por eso hay que superar algunos obstáculos que en algunos países asoman para ese vínculo; por ejemplo, la necesidad de superar ambientes politizados o centralizados, que algunas de estas tienen una preferencia por el aislamiento, la percepción de ineficiencia del Estado o de la inefectividad de las ONG.⁴⁷¹

Eso sí, en cualquiera que sea el campo de intervención, hay que ser precavidos de generar una dependencia de las ONG a los recursos públicos para funcionar. Esta situación podría inhibir la voluntariedad, la autonomía y la efectividad en torno al propósito de su constitución.

Barreto y Bobadilla, en un análisis de las relaciones de ONG y Estado, plantean que a este le corresponde definir el rol que jugará y la de otros actores, ya sea facilitando, trasladando o regulando las tareas en la provisión de servicios.⁴⁷² Las ONG que participan en Navegación no parecen estar llenando un espacio dejado por el Estado costarricense, sino más bien participando en un servicio que no se había identificado como necesidad.

El cáncer de mama, por su impacto en la mujer –tanto en su cuerpo como en el rol que la sociedad le impone–, concentra unas dimensiones para una atención integral no necesariamente reducido a lo clínico-médico. Las mujeres que han experimentado la enfermedad conocen de primera mano esas necesidades, percepciones y sentimientos mejor que cualquier otra persona; realidad que, al colocarse frente de otra mujer que inicia ese camino, logra una empatía y compromiso mayor. Es así como los reclamos, quejas o denuncias se canalizan o enfocan en la solución particularísima y no en una discusión de tipo ideológico o político.

En un marco de gobernanza, no hay que obviar el diseño de mecanismos e indicadores (una especie de tablero de control) que permite verificar la eficiencia y eficacia alcanzadas. En este sentido, auspiciar la coordinación evita duplicidad y superposición de responsabilidades, afinando los vínculos (véase tabla 2), lo cual es fundamental, sobre todo cuando hay varios niveles que se entremezclan. Los procesos de toma de decisión se distribuyen en conjuntos territoriales o en múltiples actores públicos y privados, reafirmando no solo las capacidades distintas sino los beneficios de actuar colaborativamente.

Se han elaborado diversas herramientas para evaluar la gobernanza del sistema sanitario en diferentes niveles que, aunque no completas, reflejan la complejidad.⁴⁷³ Debería incluir indicadores en rendición de cuentas, la participación, la transparencia, la responsabilidad y la sostenibilidad, entre otros.⁴⁷⁴

En el impulso de la promoción de la salud persiste una debilidad orgánica, matizada por el poco conocimiento de las personas sobre el control de la salud, y por la supremacía que adquiere la demanda de los servicios de recuperación y rehabilitación. Eso sí, se da una demanda latente, es decir, aumentan los actores que señalan que los esfuerzos en promoción y prevención de la salud deberían ser más. En general, la promoción de la salud enfrenta varios desafíos:

- a. En el ámbito del mercado su contraparte es una serie de oferta de servicios contrarios a su esencia (generadores de comportamientos de consumo no saludables).
- b. Enfrenta una competencia de problemas públicos crecientes que, al ser parte intrínseca de la promoción de la salud, se atienden desde la recuperación en los servicios de salud.
- c. Concepciones individualizadas de la promoción de la salud (ideología dominante sanitaria que hace recaer en el sujeto la

responsabilidad en el control sobre su estado de salud y de los comportamientos saludables).

Tabla 2. Aspectos centrales de gobernanza multinivel deseables y riesgos no favorecedores en el campo de la promoción de la salud

Elementos para una gobernanza multinivel deseable	Inhibidores de la gobernanza
Un responsable político es impulsador-articulador de políticas y de acciones.	Institución rectora en materia de la salud, con reducida legitimidad articuladora o falta de autoridad política o técnica, su la capacidad institucional es fundamental.
Definición de roles y responsabilidades organizaciones en la materia vínculo.	En vez de que cada organización realice aquello que le compete, de lo cual es idóneo, hay una concentración de decisiones y de actividades. Las capacidades de actuar son aminoradas.
Hay una armonía en la concepción y ejecución de las políticas.	Hay jerarquías dentro del complejo institucional que no entienden la lógica de los vasos comunicantes, del alcance de lo que se debe ejecutar, ni del porqué se han estructurado esos vínculos interorganizacionales.
Hay una concepción clara de la política pública a impulsar: qué, cómo, cuándo, para qué, para quiénes.	Hay fragmentación de las políticas públicas saludables; se favorecen acciones reactivas, aisladas en tiempo y espacio.
Participación ciudadana, comunitaria o empresarial es concebida como fundamental.	Cultura política poco participativa. Reticencia de las partes para compartir datos. Cultura institucional de apropiación de acciones (verticalismo).
Introducción de evaluaciones en un marco de rendición de cuentas.	Proclividad a no generar evidencias. No hay metas claras o intención de transparentar los procesos y sus resultados.

Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, erigir políticas públicas basadas en el marco de la gobernanza tiene grandes potencialidades desde la promoción de la salud:

- a. Un activismo del trabajo desde organizaciones no gubernamentales potencializa el trabajo colaborativo con instituciones de gobierno en aras de propósitos comunes.
- b. Aún considerada como una actividad residual, la promoción de la salud exige y ha despertado un inusitado interés de actores de la sociedad civil por ser partícipes de iniciativas de impacto local o nacional.

Eso sí, el vínculo entre gobernanza-promoción de la salud no es un asunto de causa-efecto o simplemente gerencial. En el fondo, al haber un campo político, se está inmerso en relaciones de poder y, particularmente, de tensiones con una lógica del mercado. Por cierto, hay empresas que generan innovaciones terapéuticas y diagnósticas que ofrecen apoyo a las organizaciones de pacientes vinculadas a los productos que ellas producen, enmarcadas en los programas de responsabilidad social o programas para pacientes y personas cuidadoras. Sin embargo, dado el interés comercial de trasfondo hay resistencias.⁴⁷⁵

Las alianzas o arreglos institucionales cohesionados pueden resultar en una gobernanza empíricamente debilitada. Esto es así porque en muchas políticas públicas saludables, mientras la promoción de la salud ve un derecho humano, otros agentes económicos ven una amenaza a su lucro.

La coordinación actualizada entre actores y sectores es fundamental para reemplazar la acción individualizada del sector sanitario. La coproducción en el ámbito de la promoción de la salud se vuelve sostenible si se articulan núcleos de interrelación entre distintos actores.

Es fundamental que en el contacto que se realice, ya sea de arriba hacia abajo (de la autoridad de gobierno a las ONG) o de abajo hacia arriba (cuando la iniciativa o política parte de la base), se establezcan mecanismos de flujo de información garantizado y con transparencia, tanto de los propósitos como de los insumos ejercidos. La confianza es efectiva si no hay imposición y cuando sea claramente advertible lo que cada parte espera de la otra.

En el caso bajo análisis cabe preguntarse: ¿Cómo se logró cimentar la confianza entre actores? La fluidez del trabajo, la flexibilidad, la transparencia, la sistematización compartida de información, el monitoreo y el seguimiento constante de las acciones fueron claves para lograr cohesión a lo interno del

proyecto. También es importante señalar que los medios de comunicación y las redes sociales contribuyeron a compartir con la sociedad la problemática que enfrentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y la oportunidad que implicaba esta iniciativa.

Bibliografía

- Alvarado Prado, R., y Bejarano Sandoval, A. (2013). *Perfil del voluntariado de Fundacáncer para un servicio de acompañamiento en promoción de la salud dirigido a las mujeres con cáncer de mama en el área de atracción del Hospital Calderón Guardia, 2013*. [Tesis de licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica]. Repositorio <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/2843>
- Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative Governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 18(4), 543-571. <http://www.jstor.org/stable/25096384>
- Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. Suplemento 2. (2011). *Salud Pública México*, 53. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/issue/view/285/showToc>
- Barreto Huamán, E., y Bobadilla Díaz, P. (2000). Las ONGs y el Estado en torno a las políticas sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, 6(3), 437-461. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28060307>
- Báscolo, E., y Houghton, N. (2014). *Gobernanza de los sistemas de salud de la región de las Américas*. Unidad de Atención Primaria de Salud y Servicios Integrados, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/sites/default/files/gobernanza_ops_0.pdf
- Cano Roncagliolo, A. (2019). La gobernanza del agua en la cuenca Chancay-Lambayeque, Perú. De la Reforma Agraria a la Gestión Integrada de Recursos Hídricos (1969-2013). *Revista Geográfica*, (153), 7-53. <https://www.revistasipgh.org/index.php/regeo/article/view/497>
- Carreño Lara, E. (2022). ¿Hacia una nueva gobernanza sanitaria global? Problemas y desafíos tras la pandemia del covid-19. *Revista de Gestión Pública*, 11(2), 117-138. <https://doi.org/10.22370/rgp.2022.11.2.3712>
- Cernea, M. (1989). *Organizaciones no gubernamentales y desarrollo local*. Banco Mundial, Reporte WDP40.
- Coronado Martínez, M. E. (2021). La gobernanza global de la salud y los límites de las redes de expertos en la respuesta al brote de la covid-19 en México. *Foro Internacional*, 61(2/244), 469-505. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2836>
- Díaz Castro, L., Ramírez Rojas, M. G., Cabello Rangel, H., Arredondo, A., y Báscolo, E. P. (2021). Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(5), 672-681. <https://doi.org/10.21149/12956>
- Dickson, K. (1997). Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud. *Revista Panamericana Salud Pública*, 1(4), 324-329. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9092>

- Estévez Araújo, J. A. (2013). La influencia del neoinstitucionalismo en el discurso de la gobernanza. *Mientras Tanto*, 120, 83-109. <http://www.jstor.org/stable/43491784>
- Flores, W. (2010). *Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud*. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <http://hdl.handle.net/10625/50014>
- Hernández Moreno, K. (2020). Gobernanza para la Salud Pública en América Latina, una visión desde lo local: aportes conceptuales y evolución en América Latina. *Milenaria, Ciencia y Arte*, (16), 28-30. <https://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/138>
- Hollingsworth, J. R. & Lindberg, L. N. (1985). *The Governance of de American economy: the role of markets, clans, hierarchies, and associative behaviour*. [La gobernanza de la economía estadounidense: el papel de los mercados, los clanes, las jerarquías y el comportamiento asociativo]. WZB.
- Hollingsworth, J. R., Lindberg, L. N. & Campbell, J. L. (1990). *The Governance of de American Economy* [La gobernanza de la economía estadounidense]. Cambridge University Press.
- Hufty, M. (2016). La gouvernance: polysemique, banale et neutre? *Studia Universitatis Babeş-Bolyai. Studia Europaea*, 61(1), 103-134.
- Husata Garay, R. (2014). Conceptualización del término Gobernanza y su vinculación con la Administración Pública. *Encrucijada Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública*, (18), 1-18.
- Khosravi, M. F., Mosadeghrad, A. M., & Arab, M. (2023). Health System Governance Evaluation: a scoping review. *Iranian journal of public health*, 52(2), 265-277. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i2.11880>
- Kooiman J. (2005). Gobernar en gobernanza. En Martínez, A. C. (Coord. y Trad.), *La Gobernanza hoy. 10 textos de referencia* (pp. 57-85). Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Legler, T. (2013). Gobernanza Global. En *Introducción a las Relaciones Internacionales: América Latina y la Política Global* (pp. 253-282). Oxford University Press.
- (2021). Presidentes y orquestadores: la gobernanza de la pandemia de Covid-19 en las Américas. *Foro Internacional*, 61(2), 333-385. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2833>
- Llorca, E., Amor, M. T., Merino, B., Márquez, F. J., Gómez, F., & Ramírez, R. (2010). Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública [Healthy cities: a reference strategy in local public health policies]. *Gaceta sanitaria*, 24(6), 435-436. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.010>
- Murray, C., y Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*; 3, 149-162. <https://iris.who.int/handle/10665/58011>
- Natera Peral, A., (2005). Nuevas estructuras y redes de gobernanza. *Revista Mexicana de Sociología*, 67(4), 755-791.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Conceptos y terminologías de gobernanza y administración pública* (E/C.16/2006/4). Comité de Expertos en Administración Pública. <https://digitallibrary.un.org/record/566603?v=pdf>

- Organización Mundial de la Salud y Gobierno de Australia Meridional. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1988). Políticas a favor de la salud: Recomendaciones de Adelaida [Conferencia]. *Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Adelaida, Australia. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dgps/adjunto/7c433e-SegundaAdelaida.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, y Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf>
- Peters, B. G. (2005). Gobernanza y burocracia pública: ¿nuevas formas de democracia o nuevas formas de control? *Foro Internacional*, 45(4), 585-598. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1782>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Quintero Castellanos, C. (2017). Gobernanza y teoría de las organizaciones. *Perfiles Latinoamericanos*, 25(50), 39-57. <https://doi.org/10.18504/pl2550-003-2017>
- Rajabi, M., Ebrahimi, P., & Aryankhesal, A. (2021). Collaboration between the government and non-governmental organizations in providing health-care services: a systematic review of challenges. *Journal of education and health promotion*, 10, 1-9. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1312_20
- Sabignoso M. (2018). 5 atributos de la buena gobernanza en salud. *Gente Saludable*. BID. <https://socialdigital.iadb.org/es/node/10821>
- Sáenz Madrigal, R., Acosta, M., Muiser, J., y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública México*, 53(supl. 2), 136-167.
- Sáenz Madrigal, R., Gutiérrez, M., Alvarado, R., Bejarano, A., Camacho, A., y Morgan, L. (2015). Navegación y cáncer de mama: una intervención basada en las pacientes. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 126-136.
- Serna de la Garza, J. M. (2010). El concepto de gobernanza. En *Globalización y gobernanza: Las transformaciones del Estado y sus implicaciones para el derecho público* (pp. 21-51). <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2818/5.pdf>
- Souto Maior Fontes, B. A., y Dornelas, M. A. (2008). Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia. *Estudios Sociológicos*, 26(76), 33-63.
- Ugarte Ubilluz, Ó. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 296-303. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4495>
- Vargas, I., Bejarano, A., Morales, J., Leiva, D., y Solís, J. (2018). *Informe Proyecto Navegación de Pacientes 2017-2018*. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

- Villarreal Ríos, E., González Rocha, J., Salinas Martínez, A. M., Garza Elizondo, M. E., Núñez Rocha, G. y Uribe Martínez, M. G. (1999). Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria*, 25(7), 475-478. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78547-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78547-7)
- World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. WHO Press. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf
- Zurbriggen C. (2015). *Hacia una nueva gobernanza: co-creación de iniciativas innovadoras para un desarrollo agrícola sostenible*. IICA.

Notas

⁴²⁴ Flores, W. (2010). *Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud*. Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <http://hdl.handle.net/10625/50014>.

⁴²⁵ Husata Garay, R. (2014). Conceptualización del término Gobernanza y su vinculación con la Administración Pública. *Encrucijada Revista Electrónica del Centro de Estudios en Administración Pública*, (18), pp. 4-5; Hollingsworth, J. R. & Lindberg, L. N. (1985). *The Governance of de American economy: the role of markets, clans, hierarchies, and associative behaviour*. [La gobernanza de la economía estadounidense: el papel de los mercados, los clanes, las jerarquías y el comportamiento asociativo]. WZB; Hollingsworth, J. R., Lindberg, L. N. & Campbell, J. L. (1990). *The Governance of de American Economy* [La gobernanza de la economía estadounidense]. Cambridge University Press.

Natera Peral, A., (2005). Nuevas estructuras y redes de gobernanza. *Revista Mexicana de Sociología*, 67(4), 755-791, p. 756.

⁴²⁷ *Ibid*, pp. 756-757.

⁴²⁸ Estévez Araújo, J. A. (2013). La influencia del neoinstitucionalismo en el discurso de la gobernanza. *Mientras Tanto*, 120, 83-109. <http://www.jstor.org/stable/43491784>, p. 84.

⁴²⁹ Natera Peral, A., *op. cit.*, p. 758.

⁴³⁰ Kooiman J. (2005). Gobernar en gobernanza. En Martínez, A. C. (Coord. y Trad.), *La Gobernanza hoy. 10 textos de referencia* (pp. 57-85). Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), p. 58.

⁴³¹ Natera Peral, A., *op. cit.*, pp. 760-761.

⁴³² Husata Garay, R., *op. cit.*, p. 10.

⁴³³ Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Conceptos y terminologías de gobernanza y administración pública* (E/C.16/2006/4). Comité de Expertos en Administración Pública. <https://digitallibrary.un.org/record/566603?v=pdf>, p. 3.

⁴³⁴ Para una ampliación véase Serna de la Garza, J. M. (2010). El concepto de gobernanza. En *Globalización y gobernanza: Las transformaciones del Estado y sus implicaciones para el derecho público* (pp. 21-51). <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2818/5.pdf>

⁴³⁵ Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative Governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 18(4), 543-571. <http://www.jstor.org/stable/25096384>, pp. 544-545.

⁴³⁶ Natera Peral, A., *op. cit.*, p. 765.

⁴³⁷ Para una ampliación acerca de la naturaleza de las interacciones véase Kooiman, J., *op. cit.*, pp. 63-64.

⁴³⁸ Para una ampliación véase Peters, B. G. (2005). Gobernanza y burocracia pública: ¿nuevas formas de democracia o nuevas formas de control? *Foro Internacional*, 45(4), 585-598. <https://forointernacional.colmex.mx/index.php/fi/article/view/1782>, p. 585.

⁴³⁹ *Ibid*, p. 586.

⁴⁴⁰ *Ibid*, p. 585.

⁴⁴¹ Quintero Castellanos, C. (2017). Gobernanza y teoría de las organizaciones. *Perfiles Latinoamericanos*, 25(50), 39-57. <https://doi.org/10.18504/pl2550-003-2017>, p. 43.

⁴⁴² Souto Maior Fontes, B. A., y Dornelas, M. A. (2008). Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia. *Estudios Sociológicos*, 26(76), 33-63, pp. 33-34.

⁴⁴³ Zurbriggen, C. (2015). *Hacia una nueva gobernanza: co-creación de iniciativas innovadoras para un desarrollo agrícola sostenible*. IICA, p. 11.

⁴⁴⁴ Peters, B. G., *op. cit.*, p. 591.

⁴⁴⁵ Para una ampliación véase Legler, T. (2013). Gobernanza Global. En *Introducción a las Relaciones Internacionales: América Latina y la Política Global* (pp. 253-282). Oxford University Press, p. 254.

⁴⁴⁶ Para una ampliación de conceptos véase: Báscolo, E., y Houghton, N. (2014). *Gobernanza de los sistemas de salud de la región de las Américas*. Unidad de Atención Primaria de Salud y Servicios Integrados, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/sites/default/files/gobernanza_ops_0.pdf; Sabignoso M. (2018). 5 atributos de la buena gobernanza en salud. Gente Saludable. BID. [Los 5 atributos clave de la buena gobernanza en los sistemas de salud | SOCIAL DIGITAL](https://www.bid.org/document/los-5-atributos-clave-de-la-buena-gobernanza-en-los-sistemas-de-salud-social-digital); Ugarte Ubilluz, Ó. (2019). Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 296-303. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4495>.

⁴⁴⁷ Para una ampliación véase Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, y Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf>

⁴⁴⁸ World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. WHO Press. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf

⁴⁴⁹ Organización Mundial de la Salud y Gobierno de Australia Meridional. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf

⁴⁵⁰ World Health Organization, *op. cit.*

⁴⁵¹ En un caso de estudio, Cano Roncagliolo aborda el manejo hídrico del río Chancay (Perú), que es la primera cuenca en implementar una política de gestión integrada del recurso hídrico y fundamental para el consumo humano, la agricultura y la industria. Basado en el marco de gobernanza multinivel de la OCDE, el autor integra un análisis describiendo las brechas que se dan en lo administrativo, la información, las políticas, las capacidades, lo fiscal, los objetivos y la rendición de cuentas, esto en tanto inconsistencias, contradicciones o vacíos, en los elementos centrales de la gobernanza. Para una ampliación véase Cano Roncagliolo, A. (2019). La gobernanza del agua en la cuenca Chancay-Lambayeque, Perú. De la Reforma Agraria a la Gestión Integrada de Recursos Hídricos (1969-2013). *Revista Geográfica*, (153), 7-53. <https://www.revistasipgh.org/index.php/regeo/article/view/497>

⁴⁵² Un análisis de la primera parte de acciones en torno a la pandemia se caracteriza por una respuesta de gobernanza con tendencias diversas: desde las conflictivas y desarticuladas hasta las integradas y colaborativas. Para una profundización véase Legler, T. (2021). Presidentes y orquestadores: la gobernanza de la pandemia de Covid-19 en las Américas. *Foro Internacional*, 61(2), 333-385. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2833>, p. 339.

⁴⁵³ Díaz Castro, L., Ramírez Rojas, M. G., Cabello Rangel, H., Arredondo, A., y Báscolo, E. P. (2021). Gobernanza en el sistema de salud ante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(5), 672-681. <https://doi.org/10.21149/12956>, p. 680.

⁴⁵⁴ Carreño Lara, E. (2022). ¿Hacia una nueva gobernanza sanitaria global? Problemas y desafíos tras la pandemia del covid-19. *Revista de Gestión Pública*, 11(2), 117-138. <https://doi.org/10.22370/rgp.2022.11.2.3712>, pp. 123-124.

⁴⁵⁵ Coronado Martínez, M. E. (2021). La gobernanza global de la salud y los límites de las redes de expertos en la respuesta al brote de la covid-19 en México. *Foro Internacional*, 61(2/244), 469-505. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2836>, pp. 473-474.

⁴⁵⁶ Para una comprensión general de los sistemas véase Atlas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. Suplemento 2. (2011). *Salud Pública México*, 53. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/issue/view/285/showToc>

⁴⁵⁷ Sáenz Madrigal, R., Acosta, M., Muiser, J., y Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública México*, 53(supl. 2), 136-167, pp. 164-165.

⁴⁵⁸ Cernea, M. (1989). *Organizaciones no gubernamentales y desarrollo local*. Banco Mundial, Reporte WDP40, p. 2.

⁴⁵⁹ En el campo de los servicios de salud se utiliza el genérico de “paciente” como jerga dominante; no obstante, lo conveniente es el uso “persona usuaria de los servicios de salud”, para reivindicar el derecho que le asiste.

⁴⁶⁰ Vargas, I., Bejarano, A., Morales, J., Leiva, D., y Solís, J. (2018). *Informe Proyecto Navegación de Pacientes 2017-2018*. Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

⁴⁶¹ Para una ampliación acerca del proceso de formulación véase Sáenz Madrigal, R., Gutiérrez, M., Alvarado, R., Bejarano, A., Camacho, A., y Morgan, L. (2015). Navegación y cáncer de mama: una intervención basada en las pacientes. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 126-136.

⁴⁶² Para una ampliación véase Alvarado Prado, R., y Bejarano Sandoval, A. (2013). *Perfil del voluntariado de Fundacáncer para un servicio de acompañamiento en promoción de la salud dirigido a las mujeres con cáncer de mama en el área de atracción del Hospital Calderón Guardia, 2013*. [Tesis de licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad de Costa Rica]. Repositorio <https://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr/handle/123456789/2843>.

⁴⁶³ Para una ampliación refiérase a: Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>; Villareal Ríos, E., González Rocha, J., Salinas Martínez, A. M., Garza Elizondo, M. E., Núñez Rocha, G. y Uribe Martínez, M. G. (1999). Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Atención Primaria*, 25(7), 475-478. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78547-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78547-7); Vargas, I., Bejarano, A., Morales, J., Leiva, D., y Solís, J., *op. cit.*

⁴⁶⁴ Murray, C., y Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*; 3, 149-162. <https://iris.who.int/handle/10665/58011>, p. 149.

⁴⁶⁵ Hernández Moreno, K. (2020). Gobernanza para la Salud Pública en América Latina, una visión desde lo local: aportes conceptuales y evolución en América Latina. *Milenaria, Ciencia y Arte*, (16), 28-30. <https://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/138>, p. 30.

⁴⁶⁶ Hufty, M. (2016). La gouvernance: polysemique, banale et neutre? *Studia Universitatis Babeş-Bolyai. Studia Europaea*, 61(1), 103-134., p. 130.

⁴⁶⁷ Coronado Martínez, M. E., *op. cit.*, pp. 469 y 495.

⁴⁶⁸ Rajabi, M., Ebrahimi, P., & Aryankhesal, A. (2021). Collaboration between the government and non-governmental organizations in providing health-care services: a systematic review of challenges. *Journal of education and health promotion*, 10, 1-9. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1312_20, p. 7.

⁴⁶⁹ Sáenz Madrigal, R., Gutiérrez, M., Alvarado, R., Bejarano, A., Camacho, A., y Morgan, L., *op. cit.*

⁴⁷⁰ Vargas, I., Bejarano, A., Morales, J., Leiva, D., y Solís, J., *op. cit.*

⁴⁷¹ Dickson, K. (1997). Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud. *Revista Panamericana Salud Pública*, 1(4), 324-329. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9092>, p. 325.

⁴⁷² Barreto Huamán, E., y Bobadilla Díaz, P. (2000). Las ONGs y el Estado en torno a las políticas sociales. *Revista de Ciencias Sociales*, 6(3), 437-461. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28060307>, pp. 439-440.

⁴⁷³ Para la amplitud del inventario al respecto, véase un compendio sistematizado en Khosravi, M. F., Mosadeghrad, A. M., & Arab, M. (2023). Health System Governance Evaluation: a scoping review. *Iranian journal of public health*, 52(2), 265-277. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i2.11880>, pp. 270-271.

⁴⁷⁴ *Ibid*, p. 275.

⁴⁷⁵ El presente artículo, si bien no aborda este tema, las autorías consideran que no mencionarlo podría visualizarse como una omisión intencionada; dado lo complejo del tema, tendrá que ser abordado en futuras investigaciones y propuestas comunicativas.

Capítulo VII

Activos para la salud desde los vientos de América Latina

*Patricia Pérez Wilson, María Fernanda Rivadeneira Guerrero,
José Andrés Ocaña Navas y María Constanza Granados Mendoza*

Introducción

En las últimas décadas, la salud pública ha transitado desde un enfoque predominantemente patogénico (centrado en el riesgo y la enfermedad) hacia una visión salutogénica, que busca comprender aquello que genera y mantiene la salud. Este cambio no implica el abandono de un enfoque en favor del otro, sino el reconocimiento de la complementariedad y necesidad de ambas miradas para entender la salud de forma global y orientar el trabajo en promoción de la salud.

En esta misma dirección se encuentran los activos para la salud, referidos a fortalezas y recursos –colectivos e individuales– que las personas y comunidades pueden movilizar para mejorar y fortalecer su salud y bienestar. Este enfoque representa un giro importante: en lugar de partir exclusivamente de las carencias o enfermedades, se comienza por reconocer lo que ya existe, lo que funciona, lo que da vida y con base en eso trabajar para abordar problemas, necesidades o potenciar oportunidades que existan en los territorios.

Sin embargo, pese al trabajo desarrollado en América Latina en este ámbito, la mayor parte de la literatura sobre salutogénesis y activos para la salud proviene de contextos del Norte global. Esta realidad nos plantea varios desafíos ineludibles: cómo capturar la riqueza y complejidad de la salud en otras geografías, ¿cómo podemos generar conocimiento aplicado y contextualizado en este ámbito?, ¿cómo podemos conocer y difundir el trabajo realizado en la región sobre estos temas? A estas preguntas se suma la necesidad de reflexionar acerca de si los marcos teóricos y conceptuales de salutogénesis y el modelo de activos para la salud son suficientes para el contexto latinoamericano o si se requieren algunos elementos adicionales que den cuenta de la realidad en esta región.

Los vientos de América Latina, que dan el título a este capítulo, representan una metáfora que alude a movimiento, resiliencia y libertad, desde una región marcada por la diversidad cultural, las desigualdades persistentes y la lucha por

la soberanía y autodeterminación. En este contexto, los vientos simbolizan múltiples fuerzas: las históricas y sociales (como los movimientos de salud comunitaria, la cosmovisión de los pueblos originarios, la resiliencia colectiva), los desafíos urgentes (como el cambio climático, la exclusión, la migración, entre otros) y los activos que distinguen la región (la memoria histórica, la organización comunitaria, la sabiduría ancestral y la solidaridad intracomunitaria). Abordar estos temas desde una perspectiva situada en América Latina es fundamental para avanzar en la justicia epistémica, donde la promoción de la salud tiene un rol importante en la lucha contra las desigualdades y la construcción de una vida ecológicamente digna.

En este capítulo proponemos precisar y conceptualizar los activos para la salud, exponiendo un marco de reflexión en torno a los desafíos del trabajo científico y comunitario en activos para la salud desde el contexto latinoamericano. Lo anterior, con base en la literatura publicada para explorar cómo estos conceptos se manifiestan en la región. El objetivo es que estas ideas puedan servir como insumo para orientar tanto la investigación como la acción sobre activos para la salud, al generar conocimiento que permita su aplicación en las comunidades latinoamericanas.

El capítulo se estructura de la siguiente manera, en primer lugar, presentamos una visión general de la salutogénesis y los activos para la salud, así como los desafíos y oportunidades para el modelo de activos en la región. Luego, exploramos ideas para pensar los activos desde los vientos de América Latina, con una propuesta de evaluación e indicadores para el trabajo con activos contextualizado en la región. Finalmente, compartimos algunos ejemplos de experiencias que muestran la materialización de estos principios en espacios de formación y convivencia.

Nuestro propósito es contribuir a un pensamiento latinoamericano sobre activos para la salud que, sin desconocer los aportes del conocimiento global y de la propia producción teórica y práctica de América Latina, se arraigue en este territorio, reconozca sus particularidades y potencie sus fortalezas colectivas.

Una visión general de la salutogénesis y activos en salud

De la enfermedad a la salud: un cambio necesario de paradigma.

Cuando intentamos comprender los procesos de salud y enfermedad, nos damos cuenta de que existe una interacción contingente entre los hechos encarnados de las inequidades en salud y cómo se conceptualizan.⁴⁷⁶ En la historia de la epidemiología y salud pública modernas en la medida en que aumentan en todo el mundo las inequidades materiales, también florece la búsqueda de explicaciones subjetivas para los resultados de salud y enfermedad de los seres humanos.⁴⁷⁷ Este fenómeno adquiere relevancia particular en América Latina, región que continúa siendo una de las más desiguales del planeta, donde las brechas en salud persisten como un problema estructural que afecta de manera diferencial a diversos grupos poblacionales según su posición social, etnia, género, territorio y condición socioeconómica.

La comprensión de la salud ha ido evolucionando desde una visión centrada en enfermedades, su asociación con factores sociodemográficos y factores de riesgo estáticos a nivel individual,⁴⁷⁸ hacia un conocimiento complejo, dinámico y situado sobre los determinantes sociales como principales fuerzas productoras de enfermedad a nivel poblacional.⁴⁷⁹ Está cada vez más claro que factores contextuales contingentes como los sistemas culturales, políticos y económicos impulsan las inequidades en salud y determinan la presencia de la enfermedad en las personas y comunidades durante todo su ciclo de vida.⁴⁸⁰

En América Latina esta comprensión cobra especial urgencia. Las desigualdades en salud van más allá de la vulneración del derecho fundamental: son un factor clave en la reproducción de la pobreza y la desigualdad, pues limitan las capacidades y posibilidades de desarrollo económico de las personas. La distribución desigual de los determinantes sociales de la salud (educación, ingresos, vivienda, condiciones laborales y ambientales) está condicionada por factores estructurales como género, etnia, territorio, edad, situación de discapacidad, estatus migratorio y diversidades sexuales.

La emergencia del paradigma salutogénico

Si bien el conocimiento sobre la enfermedad tiene un crecimiento abrumador, con una búsqueda constante de los factores causantes de enfermedades y

dolencias,⁴⁸¹ es relativamente reciente lo que se ha hecho en relación con la comprensión de la salud.⁴⁸² Desde la *Carta de Ottawa* una parte del pensamiento académico y político se alejó de la visión de enfermedad occidental.⁴⁸³ Existe evidencia que sugiere los beneficios de adoptar un enfoque positivo tanto a nivel individual como comunitario en la promoción de la salud y la salud pública.^{484,485} La teoría de la salutogénesis de Antonovsky y la posterior incursión del modelo de activos han marcado un hito en lo que se conoce sobre los conceptos y acciones alrededor de la salud.⁴⁸⁶ Ofrecen una mirada que, sin competir ni excluir, equilibra y complementa la visión de la salud pública basada en problemas y patologías.⁴⁸⁷

La teoría de la salutogénesis se orienta a las condiciones que generan salud en las personas.⁴⁸⁸ Se centra en tres aspectos: a) focalización en la solución de problemas y búsqueda de soluciones, b) identificación de recursos que ayudan a las personas a avanzar hacia una salud positiva y c) identificación de un sentido global y generalizado en individuos, grupos, poblaciones o sistemas que sirve como mecanismo o capacidad general para este proceso. La salutogénesis ha derivado en una línea de trabajo que se considera condición necesaria en salud pública y que plantea la búsqueda activa de oportunidades para visibilizar los recursos y capacidades individuales y comunitarias, por lo que puede guiar la promoción de la salud.⁴⁸⁹

En esta misma dirección podemos encontrar la metáfora del “poder de la vida” que se orienta a una comprensión de la salud pública desde la vida misma y no como un riesgo que ocurre por fuera y antes que la “máquina corporal” enferme.⁴⁹⁰ Este enfoque resulta especialmente pertinente para el contexto latinoamericano, donde las cosmovisiones de los pueblos originarios han mantenido históricamente una comprensión holística de la salud como equilibrio y armonía con el entorno y con la comunidad.

Contribuciones latinoamericanas para la conceptualización de activos para la salud

Es importante recordar que la producción conceptual de la medicina social latinoamericana fue anterior a los planteamientos de Marmot⁴⁹¹ y el informe de determinantes de la Organización Mundial de la Salud.⁴⁹² Representó un cambio de paradigma al establecer que la salud y la enfermedad no podían explicarse solo por factores biomédicos, sino también por las circunstancias

sociales, políticas y ambientales.⁴⁹³ En América Latina este marco conceptual se formalizó a principios del siglo XX, y tiene como objetivo identificar y promover las fuerzas y capacidades de las personas, familias y comunidades para que, a través de sus recursos, encuentren sus propias soluciones y superen las dificultades impuestas por el medio y la sociedad. Esto contextualiza los problemas de salud dentro de marcos históricos y sociológicos que permitan comprender que dichos problemas son el resultado de múltiples causas que trascienden la historia natural de la enfermedad.

En el marco de este razonamiento, si bien no ha sido tratado el asunto como “activos para la salud”, contribuciones históricas como la de Paulo Freire y el trabajo realizado en América Latina sobre educación popular en salud, apuntan en el mismo sentido hacia el empoderamiento y la participación comunitaria. Del mismo modo, y basado en lo anterior, otra contribución latinoamericana, particularmente desde Brasil, es la Terapia Comunitaria Integrativa que va en el mismo sentido de “activos por la salud”, en este caso orientada particularmente a la salud mental.

El aporte de Paulo Freire^{494,495} al pensamiento latinoamericano trasciende lo meramente metodológico para constituirse en una perspectiva epistemológica, educativa, antropológica y política que sitúa el diálogo como necesidad existencial y praxis transformadora. Freire concibe la construcción del conocimiento como un acto de creación participativa, en el que las personas, ontológicamente relacionales, se humanizan en el proceso colectivo de humanización del mundo a través de relaciones horizontales, el reconocimiento recíproco y el análisis crítico de las estructuras de dominación. Su pedagogía dialógica se fundamenta en una postura relacional consciente del poder, reflexiva y comprometida con la transformación social, que identifica y denuncia prácticas antidialógicas como la conquista, la división, la manipulación y la invasión cultural. En este sentido, la educación freireana se configura como un ejercicio de libertad que potencia la concientización, permite a las personas relacionarse crítica y creativamente con la realidad, involucrarse activamente en la transformación del mundo, y establecer así las bases teóricas para procesos participativos genuinamente liberadores.

La Terapia Comunitaria Integrativa (TCI) es una modalidad de intervención psicosocial que fue creada en 1987 por el psiquiatra brasileño Adalberto de Paula Barreto.^{496,497} Esta práctica se configura como un espacio de encuentro grupal que promueve la valorización de las historias de vida de

quienes participan mediante un proceso horizontal y circular, para compartir dolores, inquietudes, problemas o situaciones difíciles, como también alegrías, celebrar triunfos y transmitir historias de superación.⁴⁹⁸

De esta manera, mediante la escucha activa y el compartir experiencias significativas, la TCI pretende identificar y movilizar las competencias locales, los recursos culturales y las capacidades individuales y comunitarias; para que, a partir de este potencial endógeno, los participantes encuentren sus propias soluciones a las dificultades cotidianas, fortaleciendo simultáneamente la autoestima, los vínculos sociales, las redes de apoyo solidario y la construcción de una cultura de paz.^{499,500}

Modelo de activos para la salud: conceptualización y evolución

El modelo de activos en salud, propuesto por Morgan y Ziglio, se define como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener y promover su salud y el bienestar, al contribuir al aumento de las habilidades y capacidades positivas de las personas, familias y comunidades, centrándose en los recursos para la salud y en los procesos promotores de ella.⁵⁰¹ Otros autores agregan que los activos son recursos colectivos, formas de compromiso y construcción de relaciones,⁵⁰² un sistema de paradigmas positivos⁵⁰³ y cualquier factor que mejora la capacidad de conectarse con una gama de redes para crear y cocrear grados más altos de salud y el bienestar.⁵⁰⁴ La literatura reciente ha consolidado la comprensión de los activos como recursos que mejoran la capacidad de personas y comunidades para mantener una buena salud, bienestar y reducir inequidades, enmarcándolos en los determinantes de salud más que en los determinantes de enfermedad.⁵⁰⁵ El modelo de activos ha sido descrito como ver el mundo como un “vaso medio lleno”, apreciando y valorando las conexiones y el potencial de una comunidad en lugar de solo identificar y responder a problemas y necesidades.

A partir de la definición central de activos para la salud, se han generado diversos términos que han impulsado líneas de acción para la salud pública y la salud comunitaria: mapa de activos, desarrollo comunitario basado en activos, enfoque de trabajo con activos y activos para la salud pública.⁵⁰⁶ Si bien no existe un solo enfoque en la definición de los activos para la salud, ni tampoco un único parámetro para nombrarlos (activos para la salud, recursos),⁵⁰⁷ la

definición de Morgan y Ziglio continúa siendo la más utilizada en la literatura científica.⁵⁰⁸

Ellos proponen que es necesario revitalizar la salud pública considerando la promoción de la salud y el desarrollo comunitario como medios para mejorar el bienestar de las personas y comunidades, contribuyendo así al abordaje de las desigualdades en salud.⁵⁰⁹ Es importante destacar que el modelo de activos no se entiende como el opuesto a un modelo de déficit, sino que le complementa y le agrega valor.⁵¹⁰ De esta manera los enfoques basados en activos pueden reducir inequidades a través de procesos de empoderamiento que conducen a mejoras en la salud de personas y poblaciones, al desarrollar habilidades, confianza y conocimiento para influir en la toma de decisiones sobre la salud y sus determinantes.

Clasificaciones de activos para un marco integrador

Morgan y Ziglio plantearon tres niveles de activos: individual, comunitario y organizacional o institucional. El nivel individual comprende habilidades, competencias y talentos de las personas (por ejemplo, resiliencia, autoestima, sentido de propósito y compromiso con el aprendizaje). El nivel comunitario está asociado fundamentalmente al soporte afectivo y redes de apoyo (familia y relaciones o redes de apoyo, solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, tolerancia religiosa y armonía). El nivel organizacional o institucional abarca los recursos del entorno necesarios para la promoción de la salud física, mental y social (seguridad laboral, vivienda, democracia política y justicia social).⁵¹¹

Su propuesta reconoce el trabajo previo de Kretzmann y McKnight sobre el desarrollo comunitario basado en activos (*Asset Based Community Development -ABCD-*),⁵¹² desarrollado en Estados Unidos en la década de 1990, en el que planteaban que el trabajo con las comunidades debería desarrollar políticas y actividades basadas en las fortalezas, capacidades y habilidades de las personas y su entorno próximo. ABCD es una propuesta concebida para potenciar el incremento del capital social de una comunidad a través de un modelo de desarrollo comunitario basado en sus activos, al visualizarla como una forma de abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud.⁵¹³

Para lograr el objetivo del desarrollo comunitario, Kretzmann y McKnight plantean seis categorías de activos comunitarios: a) Contribuciones de los residentes (dones, habilidades, pasiones y conocimiento de las personas, que contribuyen al bienestar colectivo de su comunidad); b) agrupaciones u organizaciones formales o informales, con o sin fines de lucro; c) instituciones locales, d) infraestructura o recursos físicos (entorno natural o construido en el que se revelan, conectan y llevan a la acción colectiva productiva los activos anteriores); e) economía o intercambio de intangibles, tangibles o dinero y finanzas) y f) cultura local, que incluye tradiciones, identidad, pertenencia, historias de la comunidad.^{514,515}

Mapa de activos: herramienta fundamental para la acción comunitaria

En el ámbito comunitario, desde modelo de activos para la salud se ha desarrollado una herramienta fundamental para su reconocimiento: el mapeo de activos. Este es un proceso orientado a visibilizar y movilizar los recursos de la comunidad, facilitando tejer una red de relaciones, y crear soluciones sobre la base de los elementos positivos que las personas, comunidades y su contexto ya poseen.^{516,517} La finalidad del mapeo no es solo la identificación de recursos, sino su dinamización para potenciar la capacidad de acción, el empoderamiento, la renovación y, por ende, la posibilidad de generar cambios. Se identifican tres formas principales de movilizar activos: a) conectar aquellos activos que ya están disponibles, para crear nuevas actividades o asociaciones; b) aumentar la conciencia sobre estos activos que pueden estar subutilizados y c) desarrollar nuevos activos a través de procesos colaborativos. Esta dinamización de activos se concibe como parte de procesos continuos de cambio en los cuales las actividades, los recursos identificados y los resultados son parte de una transformación sistémica.⁵¹⁸

Relevancia del modelo de activos para la salud en América Latina

En el contexto latinoamericano el modelo de activos adquiere una relevancia particular: son cada vez más utilizados en las intervenciones comunitarias,^{519,520} las investigaciones, la salud pública y las políticas de salud regionales y nacionales. Esto cobra mayor importancia dado que América Latina continúa siendo una de las regiones más desiguales del mundo,⁵²¹ con casi cuatro de cada

diez personas viviendo en la pobreza y con una predicción de crecimiento de 35 millones de personas en situación de pobreza, hambre y desempleo. Lo anterior evidencia la necesidad de enfoques complementarios que fortalezcan las capacidades locales mientras se abordan los determinantes estructurales de salud. En este contexto, el modelo de activos puede ser una alternativa para complementar la preocupación por las carencias y los problemas de las comunidades, al representar una opción esperanzadora y necesaria. Así, el modelo de activos resulta especialmente pertinente porque reconoce y pone en valor los saberes y prácticas comunitarias que han sido históricamente invisibilizadas en América Latina; potencia la participación comunitaria y el empoderamiento como elementos fundamentales para la transformación social; permite identificar y fortalecer recursos locales que pueden contribuir a mitigar los efectos de las inequidades estructurales; favorece procesos de cocreación de salud en los que las comunidades son actores activos; y finalmente, se alinea con las cosmovisiones de los pueblos originarios sobre salud, vida y territorio.

El reconocimiento de activos permite una aproximación distinta a la identificación exclusiva de riesgos y problemas. Esta metodología ofrece a las personas y comunidades la posibilidad de participar e involucrarse en la toma de decisiones, al fomentar la capacidad de agencia y constituirse en un mecanismo clave para el empoderamiento basado en la participación comunitaria. La comprensión general de este modelo implica localizar recursos y fortalezas dentro de una comunidad y utilizarlos para lograr el desarrollo comunitario sostenible, compartiendo la orientación promocional y el énfasis en la importancia de la participación comunitaria.⁵²² No obstante, es necesario visualizar estos activos de la comunidad, considerando la distribución equitativa de recursos internos y externos,^{523,524} atendiendo también a elementos como la discusión sobre el poder, los privilegios y el sistema económico; además de la justicia social, las luchas reivindicativas de los movimientos sociales y su relación con la distribución de la salud, temas fundamentales en el contexto latinoamericano.

Lo anterior cobra aún mayor importancia en contextos de pobreza. Las comunidades, pese a sus restricciones, son dignas y capaces de actuar; lo que posibilita que participen, demanden y gestionen de forma más efectiva y autónoma sus recursos desde sus potencialidades. En contextos de pobreza, importa mirar las fortalezas de lo local, siempre y cuando se trabaje con

iniciativas para mejorar la justicia distributiva.⁵²⁵ De lo contrario, las fuerzas negativas sistémicas provocadas por las carencias materiales y otros determinantes estructurales en relación con los resultados en salud serán arrolladoras frente a cualquier activo identificado, incorporado y gestionado de forma individual o comunitaria. De Andrade y Angelova,⁵²⁶ y Roy⁵²⁷ mencionan que en la práctica los activos son considerados como una forma de mitigar los efectos de la pobreza, fortalecer el colectivismo y la solidaridad. Sin embargo, dicha función está limitada por su sostenibilidad temporal y por determinantes estructurales más amplios.

Activos para la salud desde los vientos de América Latina: desafíos y ventanas de oportunidad

Si la salud pública cumple un papel de intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, en las que se encuentran las mayores potencialidades de salud,⁵²⁸ nos surgen las siguientes preguntas: ¿cómo avanzar en promoción de la salud? ¿Cómo sería pensar y evaluar los activos para la salud desde América Latina, reconociendo las circunstancias en que viven y conviven sus habitantes cotidianamente?

De todo lo anterior podemos destacar varios hallazgos y desafíos para el trabajo en promoción con un enfoque de activos en salud para América Latina:

- a) Pese a los avances en la vinculación de la salutogénesis y el modelo de activos, con resultados específicos en salud, persiste una brecha significativa. Esto plantea el desafío de ¿cómo traducir estos marcos teóricos y conceptuales en intervenciones concretas y evaluables? Es necesario avanzar en definiciones más precisas, desarrollar prácticas evaluativas y generar evidencia que potencie la complementariedad de ambos enfoques con miras a formular acciones y políticas a nivel local, nacional y mundial.^{529,530}
- b) El enfoque de curso de vida ha demostrado que los activos para la salud son interdependientes entre sí y que sus beneficios son acumulables durante toda la trayectoria vital.⁵³¹ Existe evidencia sobre la relación entre los activos y resultados en salud de niños/as y adolescentes⁵³² y personas mayores.^{533, 534,535} Esta perspectiva temporal nos invita a comprender que la salud no se construye en momentos aislados, sino

que es el resultado de experiencias, recursos y capacidades que se van tejiendo durante toda la vida.

- c) Las estrategias de salud pública basadas en activos se pueden enriquecer tomando en cuenta las opiniones de cada grupo del ciclo vital. Whiting, Kendall y Wills señalan en su investigación que los niños son actores sociales en los que la comprensión de los activos en sus vidas puede proporcionar ideas valiosas para generar políticas públicas en salud.⁵³⁶ Este enfoque nos lleva a repensar las estrategias de salud pública, incorporando las voces y perspectivas de cada grupo etario, no como beneficiarios pasivos sino como agentes activos de su propia salud.
- d) Si bien el modelo de activos busca construir un desarrollo social y económico sostenible, y contribuir a la equidad en salud, es necesario incorporar de manera más sistemática la sostenibilidad ambiental, la salud planetaria y el cambio climático, como ejes transversales de análisis.^{537,538} Estos temas, de mayor prioridad en los últimos años, no pueden mantenerse en forma periférica en el trabajo con activos y requieren generar evidencia. Springer y Evans⁵³⁹ proponen el concepto de *activo ambiental* como cualquier aspecto de los múltiples entornos –políticos, informativos, socioculturales y físicos– que pueden aprovecharse para promover la salud de las personas y las poblaciones. Este enfoque ampliado nos invita a reconocer que la salud humana es inseparable de la salud de los ecosistemas que habitamos.
- e) Aunque es posible identificar activos de salud en múltiples niveles de la realidad humana, tal como mencionan Morgan y Ziglio,⁵⁴⁰ la mayoría de las investigaciones y políticas creadas a partir de esta visión de la salud se centran en los activos psicosociales individuales y colectivos, y su asociación con resultados en salud.^{541,542} Esta focalización, si bien valiosa, resulta insuficiente, dado que muchos activos para la creación de salud y bienestar se encuentran en el contexto social de la vida de las personas y deben abordar las desigualdades en salud.

Esto hace necesario evidenciar una mayor conectividad entre el modelo de activos y las realidades materiales de la vida cotidiana,⁵⁴³ con especial énfasis en los activos económicos y la provisión de bienestar para grupos desfavorecidos. De este modo se contribuiría a reducir las desigualdades económicas entre los

distintos grupos sociales, especialmente entre los grupos más vulnerables. Lo anterior es particularmente importante en América Latina, en donde las brechas estructurales marcan profundamente las posibilidades de salud en las poblaciones.

- a) Los pueblos originarios en todo el mundo experimentan peores resultados en salud en comparación con otras poblaciones no originarias.⁵⁴⁴ En América Latina además enfrentan las peores condiciones de inequidad.⁵⁴⁵ Esta realidad plantea un imperativo ético y metodológico: si se quiere seguir los principios de los activos para la salud en la región, un foco principal de acción debe estar en estas poblaciones.

El desafío trasciende el hecho de “incluir” a los pueblos originarios en las investigaciones e intervenciones. Implica reconocer sus cosmovisiones, saberes y formas de entender la salud como activos fundamentales para toda la región. Significa también abordar las condiciones estructurales que perpetúan su marginación y trabajar desde un enfoque de justicia epistémica que valore sus conocimientos como igualmente válidos que los saberes occidentales.

- b) La definición de activos señala que estos buscan contribuir a reducir las inequidades en salud, requiriendo para ello de un trabajo interconectado multinivel. Los activos en salud actúan como amortiguadores que potencian la resiliencia y el empoderamiento de los individuos y las comunidades, que apalancan la organización de la sociedad para luchar contra las inequidades. A través de ello podría explicarse cómo, pese a condiciones adversas, la presencia de activos en salud, fortalecen el vínculo social y favorece la salud y el bienestar.⁵⁴⁶ Sin embargo, aún es insuficiente la evidencia sobre cómo estos activos pueden estar presentes con ciertas diferencias entre distintos sectores o grupos de la sociedad. la distribución de activos y sus asociaciones con la posición social y la salud.

En un estudio realizado por Roy, Levasseur, Doré, St-Hilaire, Michallet, Couturier, Maltais, Lindström y Génereux se observaron diferencias en los activos para la salud presentes en hombres y mujeres, como también en diferentes posiciones sociales.⁵⁴⁷ Las mujeres

mostraron mayor probabilidad de participar en actividades sociales, mientras que los hombres eran más resistentes. La resiliencia y la participación social fueron moderadores de las asociaciones entre la posición social adversa (es decir, vivir solo, menores ingresos del hogar) y la salud autoinformada.

Estos hallazgos plantean preguntas clave para la investigación basada en activos, como por ejemplo, qué activos son importantes para quién y en qué circunstancias⁵⁴⁸. En este mismo sentido, se observa que los activos varían según los contextos locales específicos, entre países de altos ingresos⁵⁴⁹ y países de bajos ingresos.⁵⁵⁰ Además, estos se encuentran presentes de forma desigual entre las personas según condición socioeconómica, nivel educativo y lugar de residencia,⁵⁵¹ incluso por relaciones sociales cercanas y exitosas en la infancia como en la edad adulta.⁵⁵²

- c) Es necesario que cuando se trabaje con el enfoque de activos pueda concebirse de una manera sistémica y ecológica, considerando el contexto e identificando mecanismos a través de los cuales ellos pueden dinamizarse. Esto implica fomentar la participación y el empoderamiento para que las acciones que se realicen en la comunidad estén asociadas a resultados que sean significativos para ella.⁵⁵³
- d) La evidencia publicada sobre activos para la salud desde América Latina y América del sur es escasa. A pesar de haber evidencia suficiente en el resto del mundo como para ampliar las definiciones de activos hacia las políticas públicas, aún nos queda un camino por recorrer, que nos permita llenar los vacíos de evidencia en torno las líneas de investigación mundial, pero también los vacíos existentes en torno a temas prioritarios como la sostenibilidad ambiental, la diversidad cultural y étnica, así como también la inequidad. Por ello, los activos de salud pensados en América Latina deben adquirir un discurso propio tanto en su conceptualización como en su evaluación, con apertura a conceptos, significados y formas alternativas de entender la salud,⁵⁵⁴ que derive en una comprensión y acción pertinente, integral e integradora.

- e) Es necesario generar discusiones críticas sobre promoción de salud en América Latina, la relación entre salud y sociedad, el papel de las personas y sus posibilidades de acción social transformadora, que visualicen la promoción de la salud como un compromiso con la vida, la humanización, la ciudadanía, la justicia, la belleza y la bondad.⁵⁵⁵ Esto implica poner en el centro de la toma de decisiones la salud y bienestar de las poblaciones –especialmente de quienes se encuentran en situación de vulneración– como también la generación de relaciones de confianza, que facilitan un tejido social que contribuya tanto a la salud de las personas como a un mejor afrontamiento a situaciones de crisis.
- f) Es necesario la formación de promotores de la salud con un pensamiento crítico, comprometidos con la transformación de la situación de la salud y la enfermedad, los derechos humanos y el sufrimiento.⁵⁵⁶ Las acciones de promoción de la salud implican el desarrollo de valores, saberes, conocimiento y habilidades, tanto individuales como colectivas, para lograr una comunicación efectiva, el apoderamiento y la capacidad de gestión para acceder al campo político.
- g) En concordancia con lo que los pueblos originarios comprenden como salud y vida, la incorporación del concepto de *salud única* (*one health*) puede orientar el trabajo en promoción de salud en América Latina, reconociendo la interconexión entre personas, animales, vegetación y un entorno compartido, alineado con el desarrollo sostenible.⁵⁵⁷

Estos desafíos representan oportunidades para enriquecer y contextualizar el enfoque desde la realidad de la región. El camino por recorrer exige que se mantenga una mirada crítica, participativa y comprometida con la transformación de las condiciones estructurales que afectan la salud del pueblo latinoamericano, al tiempo que se reconocen y potencian los recursos, saberes y capacidades que ya existen en las comunidades.

Propuestas de evaluación e indicadores para el trabajo con activos desde América Latina

La evaluación de procesos basados en activos para la salud es clave para generar conocimiento y evidencia que dé cuenta de los resultados de intervenciones y

experiencias en materia de promoción de la salud,⁵⁵⁸ permitiendo alentar a los países, agencias de salud y comunidades a promover políticas y estrategias en este ámbito. La evaluación de un fenómeno amplio y complejo, como los activos para la salud, exige que la metodología de recolección de datos y el análisis que se realiza de estos, estructuren conceptualmente el término de salud desde un enfoque positivo, utilicen métodos innovadores y sean sensibles al contexto en que se aplican.⁵⁵⁹

A nivel de América Latina son escasas las experiencias de evaluación en activos para la salud. Es fundamental entonces estimular procesos de evaluación que amplíen nuestro conocimiento y el diálogo de experiencias para fortalecer la equidad, la participación, los derechos en salud y el bienestar de las poblaciones. A la luz de las particularidades de la región, con sus múltiples desafíos y horizontes, la evaluación de activos para la salud debe ser capaz de reconocer el contexto en el que se asientan. En ese sentido, queremos abogar por una evaluación ecosistémica, que reconozca y fortalezca los principios de salud de los pueblos latinoamericanos, sus capacidades y sus formas de hacer salud.

Previo a la ejecución de cualquier proyecto sobre activos para la salud, es importante analizar el cumplimiento de algunos prerequisites (valores) que deben primar en la concepción y diseño de la intervención. Basados en Cofiño, Aviñó, Benedé, Botello, Cubillo, Morgan, Paredes Carbonell y Hernán,⁵⁶⁰ y Hills, Carroll y Desjardins⁵⁶¹, creemos que las preguntas que nos deberíamos responder en este punto inicial serían las siguientes:

- *¿Cómo se concibió el concepto de salud para poner en marcha este proceso?* La visión de fondo debería explicitar el modelo salutogénico o de activos para la salud como complementario al de riesgos, problemas y necesidades observadas.
- *Previo al diseño y ejecución del proceso, ¿se realizaron todos los esfuerzos para conocer el contexto social en el que se va a aplicar? ¿Se identificó la significación que se da desde la comunidad al ámbito sobre el que se va a intervenir?* Un proceso basado en activos requiere utilizar como telón de fondo el conocimiento y significación previa que tiene la comunidad sobre un determinado ámbito de la salud, y, por tanto, exige una comprensión del contexto en el que se va a implementar.
- *¿La propuesta consideró y fue respetuosa con las dinámicas ya existentes en la comunidad?* Para hablar de procesos basados en activos, no es

suficiente reconocer los recursos existentes en la comunidad, sino también sus dinámicas. Esto exige también respetar las formas de ser y sentir de la comunidad.

- *¿Se consideró la participación de usuarios/as, profesionales de la salud, dirigentes locales en el diseño y construcción del proceso?* Dado que el modelo basado en activos promueve el empoderamiento y la participación de la comunidad, se debe propiciar la participación de estos actores desde el proceso mismo de formulación y ejecución de la intervención.
- *¿La intervención está dirigida a potenciar la autonomía, intersectorialidad y participación social de la comunidad?* La intervención debe tener como objetivo fundamental el fortalecimiento de la autonomía y participación de la comunidad y, por tanto, de la equidad en salud.
- *¿Se sigue un proceso que lleve a identificar activos y potenciar sinergias y procesos colaborativos?* Las intervenciones deben proyectarse desde procesos colaborativos en los que identificar activos sea la parte inicial de opciones que favorecen participación el empoderamiento y la formalización de sinergias en favor de la salud.

Con la intención de ilustrar mejor lo que mencionamos, y basados en experiencias previas de promoción de la salud,^{562,563,564} sintetizamos la evaluación de los activos en tres componentes o momentos: el diseño de intervención, el proceso implementado, y los resultados o el impacto de la intervención (tabla 1). En cada uno de estos momentos, proponemos los elementos a ser valorados, a modo de matriz, con el fin de construir un marco de evaluación que pueda ser de utilidad para el lector:

Tabla 1. Matriz para la evaluación de activos para la salud en sus tres componentes: evaluación, proceso y resultados

	Cumple (sí/no)	Indicador de cumplimiento	Evidencia
a) Evaluación del diseño de la intervención			
La intervención propuesta es coherente con la salutogénesis y el modelo de activos para la salud			
Se involucra a todos los actores (comunidad, tomadores de decisión) en el diseño de la intervención			
El equipo de trabajo es interdisciplinario e intercultural			
Se describe la intervención con su respectiva fundamentación teórica y metodológica			
Los objetivos de la intervención son claros y coherentes con el contexto en el que van a ser implementados			
Se mencionan estrategias y actividades viables, construidas con los/as actores/as, destinadas a maximizar y dinamizar los activos existentes			
Se consideran uno o más determinantes sociales de la salud en el diseño y elaboración de la propuesta			
La planificación de la intervención es cuidadosa y flexible a los cambios que pudieran presentarse en el contexto			
Se incluye una metodología clara de evaluación a ser aplicada: qué, cómo y con quién se va a evaluar. Se incluye indicadores de evaluación de proceso y resultado, consistentes con lo que se quiere medir			
Se observa coherencia entre objetivos, metodología y uso de indicadores salutogénicos y/o activos para medir los resultados de la intervención			
Se plantean indicadores de evaluación en forma conjunta con la comunidad, de acuerdo a su realidad local, sentido de vida y que midan lo que la comunidad espera del proyecto			

b) Evaluación del proceso implementado			
Se utilizan metodologías de visibilización de activos: mapeo de activos, identificación de recursos, u otras			
Los procesos implementados son innovadores y creativos			
Se cumple con las actividades propuestas			
Se utilizan canales pertinentes de comunicación con la comunidad			
Los procesos ejecutados tienen la participación permanente de la comunidad			
Los procesos implementados cuentan con un análisis de fortalezas, debilidades y oportunidades encontradas			
Se identifican necesidades de mejora durante el desarrollo de las actividades			
Se identifican buenas prácticas durante el desarrollo de las actividades			
c) Evaluación de los resultados o impacto de la intervención			
El equipo y la comunidad están satisfechos con los resultados obtenidos			
Se cumplieron los objetivos propuestos			
La intervención fortaleció un (o más de un) activo para la salud previamente identificado			
La intervención permitió generar nuevo(s) recurso(s) y/o nuevos activo(s) para la salud			
La intervención favoreció la equidad en salud			
La intervención mejoró la participación en salud			
La intervención favoreció la formalización evolutiva de sinergias, procesos colaborativos y vinculación de nuevos/as actores/as y activos emergentes.			
La intervención fortaleció las formas de hacer salud en la comunidad			
La intervención mejoró la acción en derechos en salud			

La intervención fortaleció el cuidado del ecosistema, salud ambiental o recuperación ambiental			
Se implementaron las mejoras propuestas en el proyecto, decididas en forma conjunta con la comunidad			
Hubo mejoras en algún indicador de salud de las personas, en coherencia con el tiempo de implementación del proceso			

Fuente: Elaboración propia.

Para cada uno de los elementos descritos, es necesario definir indicadores, que sean verificables y que permitan visibilizar tanto el proceso como los resultados obtenidos. Existen algunos instrumentos para la evaluación de proyectos en promoción de salud que pueden servir como guía o referencia para la evaluación. Entre estos destacan el *Health Promotion Effectiveness Fostering Instrument* (Preffi), diseñado por el Instituto Holandés de Promoción de la Salud,⁵⁶⁵ el *European Quality Instrument for Health Promotion* (EQUIHP), desarrollado por la Comisión Europea,⁵⁶⁶ el *Worksite Health Promotion Capacity Instrument* (WHPCI) diseñado por Jung, Nietzsche, Neumann, Wirtz, Kowalski, Wasem, Stieler Lorenz y Pfaff⁵⁶⁷ y los mismos criterios de calidad de la Red Aragonesa de Promoción de la Salud,⁵⁶⁸ entre otros. Sin embargo, nos parece que los elementos presentados en la tabla de chequeo anterior podrían ser aplicados a nivel latinoamericano.

Es importante que la definición y la construcción de los indicadores sea participativa. Esto porque las diferentes partes involucradas en el trabajo de promoción en el marco de los activos para la salud pueden tener comprensiones y definiciones diferentes de cuáles activos, atributos y resultados son importantes para ellas; y qué se consideraría una intervención de salud “exitosa”.⁵⁶⁹ Esto implica reconceptualizar la evidencia en el diseño, entrega y evaluación de intervenciones de salud pública, que apunte a la acción efectiva sobre las inequidades en salud, avanzando más allá de los enfoques tradicionales para abordar las desigualdades en salud.

Dentro de los abordajes para la recolección y análisis de la información, se puede aplicar técnicas cuantitativas (encuestas, revisión documental, observación dirigida, etc.) y/o técnicas cualitativas (entrevista en profundidad, grupos focales, historias de vida, observación participante, sociodramas, etc.).

Una forma de iniciar la evaluación sería la recolección de información a través de la narración, en la cual tanto técnicos como la comunidad describen lo que se ha realizado, cómo se ha efectuado la intervención y cuáles fueron los resultados de lo aplicado.⁵⁷⁰

Debemos recordar que la evaluación de activos es una evaluación circular y constante, que compromete a buscar metodologías innovadoras para recolectar y analizar la información. De ahí que la evaluación participativa de los procesos implementados, en los que investigadores/as y participantes son parte de un proceso colaborativo de acción-reflexión, puede brindar información relevante que no debe ser excluida de este proceso.^{571,572}

Una vez recolectada esta información, es necesario sistematizarla siguiendo una metodología ordenada que conjugue la fundamentación teórica y contextual con la experiencia vivida desde y por la comunidad. Los resultados generados deben ser presentados a manera de informe, talleres, asambleas, artículos científicos u otras formas de divulgación, de tal manera de incrementar el conocimiento sobre experiencias en activos para la salud y mejorar la evidencia que pueda servir para apoyar la toma de decisiones a esferas políticas y estratégicas. Así mismo, es imperativo devolver los resultados de la intervención a la comunidad, de tal manera de aportar a su proceso de participación como actores/as de su propia salud, con elementos que les brinden evidencias o argumentos para gestionar y promover sus derechos y equidad en salud.

Aplicaciones del modelo de activos para la salud en espacios latinoamericanos

A continuación, presentamos algunas experiencias que resaltan el valor fundamental de los activos para la salud en espacios latinoamericanos. Consideramos que cada una de estas experiencias dan cuenta de la importancia y necesidad de ampliar nuestro conocimiento y diálogo sobre las formas de mantener y promover procesos centrados en activos para la salud. Presentamos aquí el modelo de Universidades Promotoras de la Salud, desde la basta labor como consultora y el pensamiento de María Constanza Granados Mendoza, que vincula la teoría salutogénica con el quehacer de las universidades e instituciones de educación superior. Su testimonio nos demuestra cómo los distintos elementos y vinculaciones que se establecen desde las universidades

pueden promover y actuar al mismo tiempo como activos para la salud. La gran trayectoria acumulada por la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS), en la narrativa de su presidente Mtro. Antonio Jiménez, nos enmarca en procesos ligados a la creación de entornos saludables que dialogan entre sí, a lo largo de 20 años de saberes y quehaceres. Así también la experiencia del Programa Permanente de Formación de Promotoras de Salud Comunitaria en Sonora (México) relatada por Carolina Palomo en conjunto con el equipo del Instituto Mexicano de Promoción de la Salud Comunitaria, da cuenta de su trayectoria en trabajo con comunidades, con una notable repercusión en su territorio a través de la formación de mujeres líderes comunitarias.

Por otro lado, desde la experiencia chilena Anselmo Cancino presenta cómo desde el Ministerio de Salud se ha impulsado el enfoque de activos para la salud en el trabajo de los equipos de atención primaria de salud de todo el país, reconociendo las fortalezas y capacidades de las personas, familias y comunidades de sus territorios. Finalmente, concluimos con la experiencia en comunidades urbano-marginales del sur de Quito-Ecuador, desarrollada por el equipo de Contextualización de la Evidencia para la Acción en Diabetes (CEAD), en conjunto con dirigentes barriales y miembros de la comunidad. Como parte de la experiencia, se gestaron huertos comunitarios, como activos para la salud, con el propósito de fortalecer el encuentro entre los miembros de la comunidad y promover hábitos saludables. Esta experiencia nos habla de la necesidad de los acuerdos entre la comunidad, el apoyo político e institucional para mantenerse en el tiempo, especialmente en contextos de bajos recursos.

Universidades promotoras de la Salud y procesos de gestión comunitaria basada en activos. Reflexiones desde la consultoría para Universidades Promotoras de Salud (UPS)

María Constanza Granados M.

Las universidades tienen un doble compromiso: mejorar las condiciones de salud de sus comunidades y aportar a la sociedad en su conjunto. Esto se expresa mediante la generación de evidencia que oriente la formulación de políticas públicas sobre calidad de vida y bienestar, así como la formación de profesionales preparados para enfrentar la crisis civilizatoria que caracteriza el momento histórico actual.

Puede comprenderse a la universidad como comunidad educativa y también como entorno laboral, por lo que reúne las características de ambos espacios. De esta manera se reconoce a estudiantes, docentes y personas que trabajan en el ámbito administrativo y directivo, como parte vital de la comunidad. Adicionalmente la universidad, como comunidad, también se comporta como entorno que rodea a la comunidad universitaria, en la que esta desarrolla su vida y actividades, y que pretende generar lo que se ha venido en conocer como “entornos saludables”.⁵⁷³

Pensar en las instituciones de educación superior y universidades como escenarios y entornos de la vida cotidiana promotores de salud, reta a fortalecer procesos colaborativos, considerando roles que se complementen, estamentos que pueden articularse y aportar desde perspectivas y fortalezas diversas para mejorar de manera permanente las condiciones para la salud y el bienestar de todos los que hacen parte de la comunidad universitaria. Las instituciones de educación superior (IES) y universidades son un entorno desde el cual se debe aportar a cambios culturales necesarios en favor de la salud y la vida que den lugar a modelos de desarrollo que hagan posible una vida buena para futuras generaciones.



Figura 1. Elementos y actores de las Universidades Promotoras de la Salud

Fuente: Elaboración propia.

El mejoramiento permanente de las condiciones para la salud en la universidad implica no solamente el entorno físico (por ejemplo, espacios al aire libre para recrearse, realizar actividad física, alimentarse de manera saludable, espacios iluminados y seguros para realizar el rol y función al interior de la universidad), sino que implica también la posibilidad de facilitar el diálogo y el fortalecimiento de capacidades para ser agentes activos que aporten a su comunidad y al cuidado mutuo. En el contexto del fortalecimiento de las universidades como promotoras de salud resulta fundamental la apuesta por una gestión comunitaria basada en activos. Lo anterior implica reconocer que no es suficiente con identificar necesidades y problemas en salud o gestionar riesgos, sino también desarrollar habilidades para reconocer activos. Estos no solo hacen referencia a los recursos y experiencias existentes en las universidades, sino a los procesos de empoderamiento, participación y formalización de sinergias que se viabilizan al identificarlos y visibilizarlos. Los activos entonces se aprovechan en la construcción de alternativas para el

abordaje y en el diseño de estrategias encaminadas a mejorar las condiciones para la salud en las comunidades universitarias.

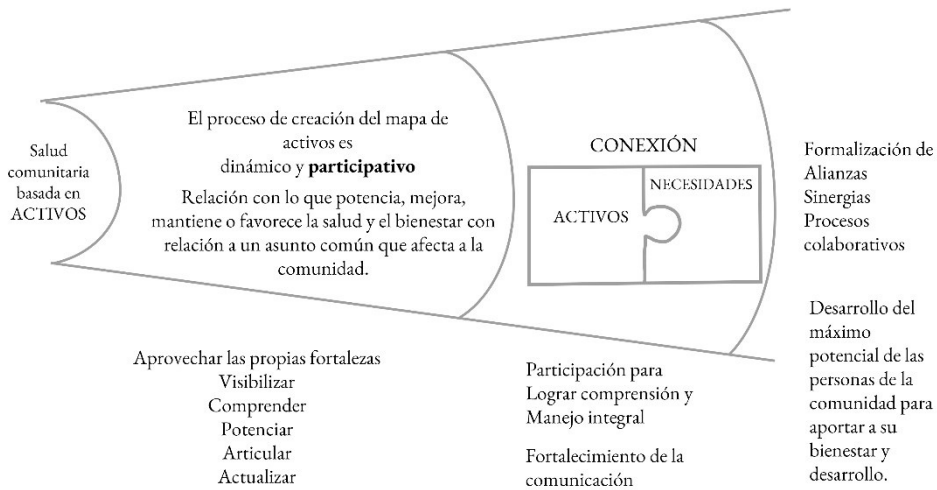


Figura 2. Modelos de activos para la salud en el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud

Fuente: Elaboración propia.

Son todos los miembros de la comunidad universitaria quienes están llamados a enriquecer la identificación de activos para la salud en y desde la universidad, favorecer sinergias y procesos colaborativos que lleven al mejoramiento permanente de las condiciones del entorno. En algunas universidades los estamentos se vinculan desde temáticas de interés o necesidades sentidas, y son los espacios de encuentro los que permiten dialogar, ampliar las comprensiones de las situaciones, establecer prioridades, identificar activos y recursos, proyectar procesos, diseñar e implementar estrategias para la salud de toda la comunidad. Asumir a las IES y las universidades de cara a la sociedad y a la salud comunitaria basada en activos, se constituye en una oportunidad desde las universidades para favorecer articulación y compromiso, al potenciar su aporte a la construcción de una sociedad más equitativa, con capacidades para participar y ser corresponsable en el logro de transformaciones sociales necesarias.

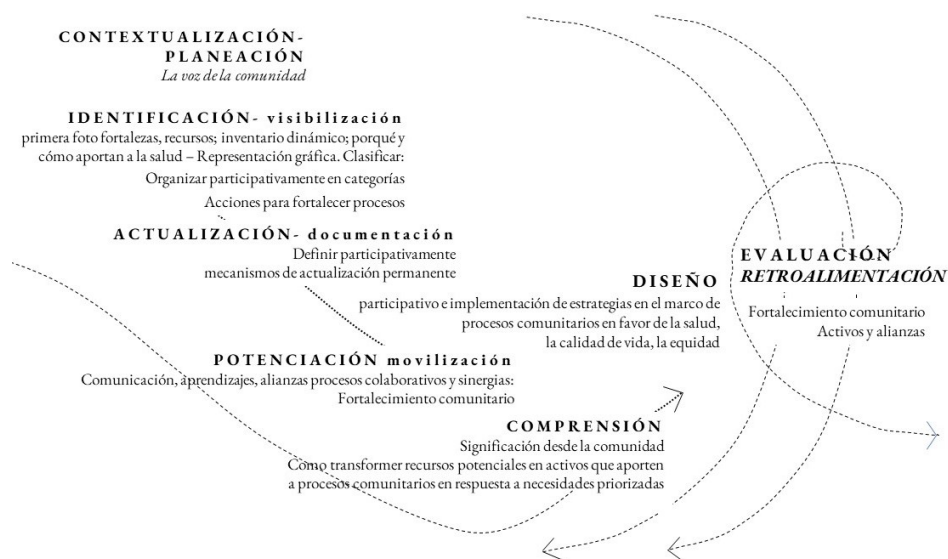


Figura 3. Vinculación de elementos del modelo de activos para la salud en Universidades Promotoras de la Salud

Fuente: Elaboración propia.

A 20 años de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS)

Antonio Jiménez Luna

La presente experiencia está dirigida a las instituciones de educación superior (IES) públicas y privadas de México, a las autoridades universitarias –rectorías, vicerrectorías y responsables de bienestar universitario–, al personal de salud universitaria, a académicos e investigadores vinculados con la promoción de la salud y el bienestar, así como a las instituciones que integran las redes estatales.

Durante dos décadas, la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUPS) ha demostrado que las instituciones de educación superior desempeñan un rol estratégico en la generación de entornos saludables y, por ende, en la promoción de la salud universitaria. Este proceso ha sido posible

gracias a la incorporación del enfoque de determinantes sociales de la salud y la salutogénesis, perspectiva que permite centrar la atención no solo en la prevención de enfermedades, sino también en el fortalecimiento de los recursos, capacidades y activos de salud de las comunidades universitarias.

La Red ha articulado sus acciones con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y ha adoptado los principios de la *Carta de Edmonton*, la *Carta de Okanagan* y los programas nacionales en materia de promoción de la salud. A través de acciones de abogacía se ha coadyuvado a la transversalización de la promoción de la salud en planes y programas de estudio, así como al fortalecimiento de los entornos organizacionales de las IES y a la construcción de alianzas interuniversitarias e intersectoriales.

El objetivo de esta red es consolidar un modelo nacional de universidades promotoras de la salud basado en la generación de conocimiento, la transversalidad curricular, la participación comunitaria, la investigación, la vinculación y colaboración interuniversitaria e intersectorial, que permita:

- Reconocer los activos de salud para el fortalecimiento de los estilos de vida saludable en las comunidades universitarias.
- Propiciar entornos físicos, psicosociales y ambientales que promuevan comunidades saludables.
- Fomentar la corresponsabilidad y el derecho a la salud.
- Impulsar la incidencia académica, científica y legislativa en favor de la salud pública y el desarrollo humano sostenible.

La RMUPS se encuentra coordinada por un Consejo Directivo y su operatividad se rige bajo estatutos y reglamentos protocolizados, en conformidad con la normativa vigente aplicable a las organizaciones civiles en México. La Red realiza dos asambleas anuales para evaluar los avances y resultados del plan de trabajo bianual, y promueve la participación académica y científica de las instituciones afiliadas mediante proyectos de investigación, formación, alfabetización y difusión. Para fortalecer su gestión, la Red está organizada en comisiones de trabajo, coordinadas por representantes designados, responsables de diseñar, gestionar y ejecutar los proyectos ancla, cuyos avances se presentan en las asambleas ordinarias. Además, organiza un congreso bianual y desarrolla sus proyectos bajo criterios metodológicos y

científicos, garantizando la calidad académica y la consolidación de estrategias institucionales de promoción de la salud.

Entre los principales resultados se encuentra que, en los últimos seis años, la Red ha experimentado un crecimiento significativo, pasando de 28 instituciones afiliadas en 2018 a 52 en 2025. Se han consolidado programas de formación integral, como el Diplomado Internacional de Promoción de la Salud, Compromiso de Todos, y se estableció en colaboración con la Secretaría de Salud el Distintivo Universidad Promotora de la Salud, un hito histórico que otorgó legitimidad nacional al modelo de Universidades Promotoras de la Salud.

Asimismo, se han desarrollado tres Coloquios de Prácticas Exitosas, espacios dedicados a la formación, la sistematización de experiencias y el reconocimiento institucional de buenas prácticas. Estos encuentros derivaron en la publicación del libro *Prácticas exitosas en promoción de la salud y bienestar* (2025). Este constituye un esfuerzo académico al visibilizar los aportes de las universidades mexicanas en la construcción de entornos promotores de salud.

Desde 2021, el programa Universidad Anfitriona ha fortalecido la difusión y alfabetización en salud, no solo dentro de las universidades, sino también en otras organizaciones y comunidades. El reconocimiento internacional ha acompañado este crecimiento. La RMUPS ha recibido premios iberoamericanos en Desarrollo Profesional (Coimbra, 2022) y en Gobernanza en Redes (Niterói, Brasil, 2024), reflejo de su consistencia institucional, y liderazgo. Sin duda, los proyectos actuales que se desarrollan ponen en evidencian un trabajo en red y colaborativo, impulsado por la convicción de seguir sumando a proyectos interinstitucionales a favor de la promoción de la salud y el bienestar de las comunidades universitarias.

Programa Permanente de Formación de Promotoras de Salud Comunitaria en Sonora, México. Instituto Mexicano de Promoción de la Salud Comunitaria

Carolina Palomo Rodríguez

La promoción de la salud a cargo de promotoras/es se ha comprobado como una estrategia efectiva para contribuir a reducir las inequidades en salud. Las

Promotoras de Salud Comunitaria (PSC) fungen como intermediarias culturales para la salud pública; pues, al formar parte de las comunidades donde trabajan, comparten y comprenden sus características, necesidades y recursos, y desde la formación en abogacía para la salud, están en posibilidad de gestionar más eficientemente los programas e insumos más pertinentes. En México, la mayoría son mujeres, algunas pertenecen al sistema de salud pública, pero una gran parte trabaja de manera voluntaria y tienen poco acceso a capacitaciones que profesionalicen sus competencias y complementen sus saberes prácticos.

En este contexto, el Programa Permanente de Formación de Promotoras de Salud Comunitaria como línea de acción prioritaria del Instituto Mexicano de Promoción de la Salud Comunitaria (IMPSC)⁵⁷⁴ busca la construcción y fortalecimiento de agentes y entornos promotores de salud y bienestar, mediante la movilización de activos comunitarios para la salud. Desde la base teórica de la salutogénesis, el modelo socioecológico y la promoción de la salud emancipadora, se implementa este programa de formación continua de PSC que busca retribuir, visibilizar, profesionalizar y potenciar su labor para mejorar la salud de sus comunidades.

El objetivo de este programa es potenciar las capacidades e incidencia de actoras locales para promover la salud de sus comunidades mediante la conformación y acompañamiento en la capacitación y acciones de una red de PSC en Sonora. Para ello se requiere:

- Profesionalizar y acompañar a actoras locales para trabajar como PSC mediante un Diplomado en Promoción de la Salud Comunitaria conformado por un componente teórico y uno práctico, que incluye la implementación de un programa de promoción basado en evidencia científica y en técnicas participativas.
- Impulsar la conformación de una red de PSC que trabaje de manera coordinada y autogestiva para impulsar los intereses y necesidades en salud y bienestar de sus comunidades.
- Generar y consolidar vinculaciones y alianzas con instituciones y actores/as sociales, que faciliten el desarrollo de recursos, saberes y plataformas para sostener y potenciar el trabajo de la red y de las PSC.

Para impulsar la formación y fortalecimiento de la red de promotoras a través este programa, el trabajo se organizó en etapas, la primera de ellas (2024-2025)

se definió en el marco de la implementación de un primer Diplomado en Promoción de la Salud Comunitaria cuyo componente práctico, dado el perfil epidemiológico de la región,⁵⁷⁵ fue la implementación del programa Meta Salud Diabetes (diseñado y evaluado por El Colegio de Sonora y la Universidad de Arizona).⁵⁷⁶ Esta fase implicó una serie de acciones estratégicas, entre las que se encuentran: a) La planeación, fundamentación teórica y práctica, gestión, implementación y evaluación del Diplomado, b) el acompañamiento a las PSC en sus comunidades durante la planeación, implementación y evaluación del programa Meta Salud Diabetes, y c) la vinculación de las PSC con actores/as, colectivos/as e instituciones públicas y privadas relacionadas con la promoción de la salud en la región.

Entre los principales resultados de esta primera etapa, puede considerarse que ocho mujeres líderes comunitarias obtuvieron su Diploma en Promoción de la Salud Comunitaria con validez oficial de la Secretaría de Educación y Cultura del Estado de Sonora y constancia en la *Capacitación para Impartir Meta Salud Diabetes* de El Colegio de Sonora. En dicha capacitación también participó personal de instituciones civiles y de gobierno, y seis promotoras de comunidades indígenas que ahora forman parte de la red de PSC. Meta Salud Diabetes se implementó en cuatro grupos en la ciudad de Hermosillo, y está en proceso en dos comunidades indígenas beneficiando a más de 50 personas con diabetes.

Las PSC han participado en cuatro eventos regionales y binacionales (Sonora-Arizona) relacionados con la promoción de la salud. Actualmente forman parte del grupo fundador de la Red *Cuidarnos como Derecho* que impulsa la legislación para la creación del Sistema Estatal de Cuidados de Sonora, así como el desarrollo de acciones comunitarias. En ese sentido están en el codiseño e implementación de un taller de autocuidado y cuidado colectivo para personas cuidadoras. Entre sus próximas actividades con el IMPSC está su participación en otro evento binacional, en la implementación del segundo Diplomado, en la Primera Reunión de Promotoras(es) de Salud de Sonora y en el proyecto de Mapeo de Activos de Salud de Sonora.

El impulso al enfoque de la salud basada en activos comunitarios desde el Ministerio de Salud de Chile

Anselmo Cancino Sepúlveda

Chile está impulsando una reforma integral del sistema de salud, de manera participativa, que contempla una agenda de transformaciones y de cambios con el objetivo de resguardar el derecho a la salud y avanzar hacia una Cobertura Universal de Salud, con el fin de sentar las bases para garantizar condiciones de vida más saludables. Para ello, se requiere implementar estrategias de Promoción de la Salud que permitan desarrollar procesos políticos y sociales que apunten al empoderamiento de las personas, grupos y comunidades para modificar las condiciones sociales, ambientales, económicas en que viven y que determinan su salud y bienestar. Ello se fundamenta en la necesidad de tener en cuenta que tanto al hablar de bienestar como de salud de una comunidad nos estamos refiriendo a aspectos en los que la incidencia del sector sanitario es limitada y en los que el nivel estructural, social y político es mucho más determinante.⁵⁷⁷

La participación de los equipos de atención primaria y salud pública en estos procesos, así como la complementaria orientación comunitaria desde sus niveles asistenciales específicos, requieren igualmente una apuesta política, institucional y formativa, lo que plantea la necesidad de una reorientación de estos servicios de atención de salud. En esta dirección, la gestión de salud se debe desarrollar a través de procesos comunitarios, dado que en el territorio existen actores –agentes– que tienen influencias para mejorar el bienestar de una comunidad, trabajando desde diferentes sectores. Desde este nivel es posible desarrollar acciones comunitarias con un carácter intersectorial e interdisciplinario.⁵⁷⁸

Este conjunto de elementos, permiten encausar un cambio de paradigma, reforzando un enfoque más salutogénico en la población. Es decir, establecer conexiones entre personas y comunidades destinadas a relevar el valor de los cuidados comunitarios desde sus trayectorias e historias socioculturales vinculadas al bienestar y su salud.

Desde este marco y en los últimos años, existe una serie de acciones destinadas al fortalecimiento de la inclusión del enfoque de activos

comunitarios en diferentes áreas técnicas y programáticas del sector salud del país. Las más destacadas son:

- La inclusión programática de procesos de cartografía social, mapeo, reconocimiento y recomendación social de activos comunitarios en 28 comunas pioneras de APS Universal como parte de la agenda de reforma.
- La incorporación del enfoque de activos comunitarios para el desarrollo de componentes estratégicos de Planes Trienales de Promoción de la Salud a lo largo del país.
- La incorporación de enfoque de activos comunitarios en las orientaciones técnicas de Programa de Cuidados Comunitarios de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.⁵⁷⁹
- La inclusión del enfoque de activos comunitarios en los planes de implementación de las comunas que integran la Iniciativa Especial de Equidad y Determinantes Sociales en trabajo de colaboración técnica entre la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de Chile.
- La incorporación del enfoque de activos comunitarios para el desarrollo de componentes estratégicos de Planes Trienales de Participación Social y Gestión Usuaria a lo largo del país.
- La conformación y funcionamiento de la Mesa de Integración de Activos Comunitarios en el Ministerio de Salud.

Entre los principales desafíos para la integración del enfoque de activos comunitarios en el sector salud se destacan los siguientes:

- Se plantea la necesidad de avanzar hacia una política de participación social del sector salud que aborde e integre en un marco conceptual y estratégico común el avance de sus distintos componentes: salud comunitaria, gestión participativa, experiencia y trato usuario, promoción de la salud, entre otros.
- Priorizar la integración del enfoque de activos comunitarios como una dimensión de la participación social enmarcados en el impulso y/o dinamización de procesos participativos que tienen en su perspectiva el

reconocimiento de las capacidades de las comunidades en contextos territoriales diversos vinculadas al quehacer cotidiano de los equipos de salud.

- Releva la responsabilidad colectiva de los procesos de identificación, reconocimiento y recomendación social de activos comunitarios, destacando a la APS como una estrategia de desarrollo territorial y considerando la centralidad del avance del Modelo de Salud Integral (MAIS), en el que la recomendación o prescripción social de activos en la atención individual, es un complemento de este trabajo y el resultado de un proceso participativo.
- Se recomienda tener en cuenta la perspectiva territorial del enfoque de salud basada en activos, valorando las capacidades y saberes que se logran recuperar a través de la movilización y el rescate de la experiencia comunitaria complementariamente a las capacidades del sector salud.
- Se plantea la necesidad de avanzar hacia una comunidad de aprendizaje, centrada en el análisis y reflexión de los procesos de implementación en los que es posible identificar aprendizajes significativos, a partir de la diversidad de experiencias en el territorio nacional y en otros países dispuestos a compartir sus avances desde el debate conceptual y metodológico. Esto contribuiría de manera significativa a la formación permanente de los equipos, la generación de redes de trabajo colaboración y la gestión del conocimiento.

Cocreando iniciativas comunitarias para la promoción de la salud en un distrito del sur de Quito, Ecuador

*Sergio Morales Garzón, Elisa Chilet Rosell, Marta Puig-García,
María Hernández-Enríquez, Francisco Barrera-Guarderas, Andrés Peralta,
Ana Lucía Torres-Castillo y Lucy Anne Parker*

Esta experiencia forma parte del proyecto *Contextualización de la Evidencia para la Acción en Diabetes* (CEAD).⁵⁸⁰ Como parte de este proyecto, se desarrolló una investigación en salud basada en la participación comunitaria

con el objetivo de promover, prevenir y abogar por la salud mejorando el entorno de las personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2 en Quito y Esmeraldas, Ecuador. Específicamente, la experiencia que presentamos se realizó con miembros de la comunidad en un barrio urbano-marginal en el sur de Quito, Ecuador.

Promover la salud para mejorar el bienestar de la comunidad requiere de estrategias que generen activos para la salud, incluyendo entornos saludables que fomenten la participación activa de las comunidades. Pese a la reconocida importancia de los hábitos saludables en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades no transmisibles, existen barreras estructurales que limitan su implementación en entornos de bajos recursos. Esta experiencia pretende generar acciones de promoción de la salud desde la comunidad, reconociendo sus saberes, capacidades y limitaciones.

Se desarrolló una intervención en cinco fases: (I) identificación del barrio Ferroviaria como zona prioritaria; (II) vinculación con lideresas locales; (III) taller de cocreación con residentes mediante la metodología de Foro del diálogo; (IV) implementación de un huerto comunitario mediante una minga con apoyo institucional; y (V) evaluación participativa inmediata y a seis meses sobre el proceso, impacto percibido y sostenibilidad.

Tras identificar el barrio como una zona prioritaria por sus condiciones socioeconómicas, se contactó a seis líderes locales, quienes organizaron un taller de cocreación con residentes, principalmente mujeres mayores. Tras el proceso de discusión, se priorizó la creación de un huerto comunitario en el centro donde se realizó la priorización. Mediante una minga con apoyo barrial, académico e institucional, se creó un huerto comunitario. Aunque inicialmente se valoró positivamente el proceso y su impacto en la cohesión comunitaria, una evaluación seis meses después reveló dificultades de sostenibilidad, escasa representatividad en la toma de decisión y un impacto reducido en los hábitos saludables de los representantes.

La experiencia desarrollada en la Ferroviaria Alta, evidencia la efectividad de las metodologías participativas en contextos de vulnerabilidad social. La cocreación permitió desarrollar espacios de discusión inclusivos, fortaleciendo el protagonismo comunitario en el diseño e implementación de las estrategias en salud. Para futuras iniciativas, se recomienda consolidar redes locales de colaboración que promuevan la horizontalidad y eviten la concentración de poder en liderazgos individuales o políticos. En cuanto al uso de datos de salud,

se subraya la importancia de presentar información visibilizando los determinantes sociales y contextuales, más allá de los factores de riesgo individuales. Esta experiencia posiciona la cocreación como una estrategia efectiva para el empoderamiento social y la mejora de los resultados en salud comunitaria.⁵⁸¹

Consideraciones finales

Incorporar los aportes de la salud comunitaria basada en activos plantea el reto de garantizar participación real de personas y comunidades, al reconocer que, así como existen dificultades y situaciones que necesitan ser modificadas en favor de la salud, las personas y comunidades tienen experiencias recursos, una voz y la posibilidad de aportar a procesos transformadores. Es necesario desarrollar habilidades para acompañar procesos a mediano y largo plazo en los que se potencien los recursos y capacidades territoriales, institucionales y comunitarias. Esta potenciación lleva a fortalecer tejido social, sentimientos de pertenencia e identificación con procesos vivos que reconocen de manera integral y acompañan avances dando un lugar al diálogo, la reflexión, actualización permanente de mapeos e innovación en las formas de monitorear y evaluar realidades dinámicas y complejas.

La incorporación de la apuesta por la salud comunitaria basada en activos invita a ampliar comprensiones centradas en el déficit, los riesgos y los diagnósticos desde miradas expertas hacia comprensiones integrales que suman perspectivas, llevan al aprovechamiento de recursos y derivan en procesos de transformación en favor de la calidad de vida de personas y comunidades. La experiencia en América Latina aporta aprendizajes fundamentales que hablan de logros y retos a nivel de movimiento, resiliencia y libertad, desde una región marcada por la diversidad cultural, las desigualdades persistentes y la lucha por la soberanía y autodeterminación. Es un reto sistematizar experiencias, fortalecer procesos colaborativos y que estos aprendizajes enriquezcan formas de trabajar desde escenarios y entornos promotores de salud y desde entidades estatales.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todos/as los/as autores/as quienes nos compartieron las experiencias de su trabajo desde los activos para la salud. Su labor y puesta en práctica de los conceptos de salud desde una perspectiva salutogénica es muy valiosa para el acervo sobre activos en salud desde los vientos de América Latina.

Bibliografía

- Álvarez Dardet, C., Morgan, A., Cantero, M. T. R. & Hernán, M. (2015). Improving the evidence base on public health assets—the way ahead: A proposed research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(8), 721-723. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205096>
- Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan, M., Madden, R., Bang, A., Coimbra, C. E., Jr, Pesantes, M. A., Amigo, H., Andronov, S., Armien, B., Obando, D. A., Axelsson, P., Bhatti, Z. S., Bhutta, Z. A., Bjerregaard, P., Bjertness, M. B., ... Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388(10040), 131-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Aro, A. A., Van den Broucke, S., & Rätty, S. (2005). Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education*, Supl. 1, 1-5. <https://doi.org/10.1177/10253823050120010105x>
- Bachelet, P. (2024). *Las complejidades de la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Barreto, A. d. P. (2008). *Terapia Comunitária passo a passo*. [Terapia comunitaria paso a paso]. Gráfica LCR.
- Basurto Hoyuelos, S. y Vergara Mitxeltorena, I. (2011). *Atención familiar y comunitaria basada en las pruebas científicas*. En *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (pp. 213-232). Elsevier.
- Beckfield, J. & Krieger, N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research

- agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31, 152-177.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxp002>
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: Implications for school health services. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>
- Blickem, C., Dawson, S., Kirk, S., Vassilev, I., Mathieson, A., Harrison, R., Bower, P., & Lamb, J. (2018). What is asset-based community development and how might it improve the health of people with long-term conditions? A realist synthesis. *SAGE Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1177/2158244018787223>
- Brooks, F. & Kendall, S. (2013). Making sense of assets: What can an assets based approach offer public health? *Critical Public Health*, 23(2), 127-130. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.783687>
- Bull, T., Mittelmarm, M. B., & Kanyeka, N. E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: Through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160-173. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.771811>
- Buraschi, D. y Oldano, N. (2022). La herencia de Paulo Freire en las prácticas participativas dialógicas. *RES, Revista de Educación Social*, (35), 404-419.
- Carson, S. L., Kentatchime, F., Sinai, C., Van Dyne, E. A., Nana, E. D., Cole, B. L., & Godwin, H. A. (2019). Health challenges and assets of forest-dependent populations in Cameroon. *EcoHealth*, 16(2), 287-297. <https://doi.org/10.1007/s10393-019-01411-9>
- Castro, A. (2024). La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48(e56). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.56>
- Chapela Mendoza, M. C. (2018). Clan, institución y proyecto emancipador. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 9-10.
- Chapela Mendoza, M. C. y Cerda, A. (2010). *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud.
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes Carbonell, J. J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(10), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Christens, B. D. (2013). In search of powerful empowerment. *Health Education Research*, 28(3), 371-374.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): Desafíos para la igualdad en la diversidad* (F. del Popolo, Ed.). Naciones Unidas.
- De Andrade, M. & Angelova, N. (2020). Evaluating and evidencing asset-based approaches and co-production in health inequalities: Measuring the unmeasurable? *Critical Public Health*, 30(2), 232-244. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1541229>
- Den Broeder, L., Uiters, E., Hofland, A., Wagemakers, A. & Schuit, A. J. (2017). Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: A qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4555-6>
- Donovan, D., McDowell I (eds). (2010). *AFMC Primer on Population Health. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians* Association of Faculties of Medicine of Canada. Disponible en: <https://phprimer.afmc.ca/en/>
- El Colegio de Sonora. (2023). *Panorama de la salud en Sonora*. COLSON. <https://libros.colson.edu.mx/index.php/colson/catalog/book/274>
- El Colegio de Sonora. (2024). *Meta Salud Diabetes: intervención comunitaria para la promoción de la salud y el bienestar de personas con diabetes*. COLSON. <https://www.colson.edu.mx/SitioSalud/CPSNM/Index/30>
- European Quality Instrument for Health Promotion. (2003). *European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)*. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf
- Ferreira Filha, M. d. O., Lazarte, R. & Barreto, A. d. P. (2015). Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), 176-177. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.37270>
- Freire P. (2017). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores.
- Friedli, L. (2013). "What we've tried, hasn't worked": The politics of assets based public health. *Critical Public Health*, 23(2), 131-145.
- Gállego Diéguez, J. (s.f.). *Calidad en promoción de la salud: La experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)*.
- Granda, E. (2009). *Salud: globalización de la vida y de la solidaridad*. En Z. Betancourt, C. Hermida, H. Noboa, y M. Rodríguez (Eds.), *La salud y la vida. Edmundo Granda Ugalde* (pp. 135-153). Quito.
- Gregorevic, K. J., Lim, W. K., Peel, N. M., Martin, R. S., & Hubbard, R. E. (2016). Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.016>.

- Hernán García, M., Cardo, A., Barranco Tirado, J. F., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S. y Lafuente Robles, N. (2019). *Salud comunitaria basada en activos*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hills, M. J., Carroll, S., & Desjardins, S. (2010). Assets-based interventions: Evaluating and synthesizing evidence of the effectiveness of the assets-based approach to health promotion. En A. Morgan, E. Ziglio, & M. Davies (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 77-98). Springer.
- Hornby Turner, Y. C., Peel, N. M., & Hubbard, R. E. (2017). Health assets in older age: A systematic review. *BMJ Open*, 7(5), e013226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013226>
- Ickovics, J. R., Carroll Scott, A., Peters, S. M., Schwartz, M., Gilstad Hayden, K., & McCaslin, C. (2014). Health and academic achievement: Cumulative effects of health assets on standardized test scores among urban youth in the United States. *Journal of School Health*, 84(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/josh.12117>
- Instituto Mexicano de Promoción de la Salud Comunitaria. (s.f.). *Alianza y Equidad por México, A.C.* [Sitio web]. <https://www.promociondelasalud.mx/>
- Jung, J., Nitzsche, A., Neumann, M., Wirtz, M., Kowalski, C., Wasem, J., Stieler Lorenz, B., & Pfaff, H. (2010). The Worksite Health Promotion Capacity Instrument (WHPCI): Development, validation and approaches for determining companies' levels of health promotion capacity. *BMC Public Health*, 10, 550. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-550>
- Juvinyà Canal, D., Hernán, M. y Gallego Diéguez, J. (2016). *Perspectives on salutogenesis of scholars writing in Spanish*. En M. B. Mittelman, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 423-429). Springer International Publishing.
- Kim, E. S., James, P., Zevon, E. S., Trudel Fitzgerald, C., Kubzansky, L. D., & Grodstein, F. (2019). Optimism and Healthy Aging in Women and Men. *American Journal of Epidemiology*, 188(6), 1084-1091. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz056>
- Krieger N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>
- Lemes, A. G., Rocha, E. M., Nascimento, V. F., Volpato, R. J., Almeida, M. A. S. O., y Luis, M. A. V. (2021). Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas. *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 305-319.
- López Vega, M. J., Ramos Lorentz, M. y López Vega, I. M. (2023). Revisión sobre el impacto de las terapias comunitarias integrativas en la salud mental. *Revista*

- Peruana de Medicina Integrativa*, 8(3), 5-14. <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/743>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R. y Goldblatt, P. (2012). Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond. *The Lancet*, 379, 181-188. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61506-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61506-7)
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)
- Martínez Riera, J. R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M. C., López Gómez, J. L., y Arroyo Acevedo, H. V. (2018). La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(Supl. 1), 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- McKnight, J. (1995). The careless society: Community and its counterfeits. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 23(1). <https://doi.org/10.15453/0191-5096.2325>
- McKnight, J. y Russell, C. (2018). *The four essential elements of an asset-based community development process: What is distinctive about an asset-based community development process?* [Los cuatro elementos esenciales de un proceso de desarrollo comunitario basado en los activos: ¿Qué caracteriza a un proceso de desarrollo comunitario basado en los activos?]. Asset-Based Community Development Institute at DePaul University.
- Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. (2021). *Acción comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/lo-cal/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2025a). *Orientaciones Técnicas de Atención Primaria Universal*. Gabinete Ministerial.
- (2025b). *Orientaciones de salud comunitaria y recomendaciones para la acción desde el modelo de activos en salud*. Departamento de Desarrollo e Integración en APS.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2014). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*. [Investigación participativa basada en la comunidad para la salud: del proceso a los resultados]. Jossey-Bass.

- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The handbook of salutogenesis*. [El manual de salutogénesis]. Springer.
- Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hosman, C. M. H., Kok, G. J. & Oosterveld, P. (2006). Project quality rating by experts and practitioners: Experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. *Health education research*, 21(2), 219-229. <https://doi.org/10.1093/her/cyh058>
- Morales Garzón, S., Chilet Rosell, E., Hernández Enríquez, Barrera Guarderas, F., Benazizi Dahbi, I., Puig García, M., Peralta, A., Torres Castillo, A. L. & Parker, L. A. (2025). Co-creating community initiatives on physical activity and healthy eating in a low-income neighbourhood in Quito, Ecuador. *Global Health Research and Policy*, 10(18). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41256-025-00412-2>
- Morgan, A. & Aleman Diaz, A. Y. (2016). Measuring what matters for young people's health and well-being. *Learning for Well-being Magazine*, (1), 1-9.
- Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model, *Promotion & Education*, 14(Supl. 2), 17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- (2010). Revitalising the public health evidence base: an asset model. En A. Morgan, E. Ziglio & M. Davies (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 3-16). Springer.
- Morgan, A., Ziglio, E., & Davies, M. (2010). *Health assets in a global context: Theory, methods, action*. [Los activos para la salud en un contexto global: teoría, métodos y acción]. Springer.
- O'Connor, J. P., Alfrey, L., Hall, C. & Burke, G. (2019). Intergenerational understandings of personal, social and community assets for health. *Health & Place*, 57, 218-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.05.004>
- Popay, J. (2010). Community empowerment and health improvement: The English experience. En A. Morgan, E. Ziglio & M. Davies (Eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action* (pp. 183-195). Springer.
- Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S. & Ruland, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513-525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005>
- Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y., Maltais, D., Lindström, B., & Gagnéux, M. (2018). Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health. *Preventive Medicine*, 110, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.014>

- Springer, A. E., & Evans, A. E. (2016). Assessing environmental assets for health promotion program planning: A practical framework for health promotion practitioners. *Health Promotion Perspectives*, 6(3), 111-118.
- Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Morgan, A., & Martin, S. (2019). Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ open*, 9(2), e023810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>
- Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>
- Volanen, S. (2011). *Sense of coherence: Determinants and consequences*. [Sentido de coherencia: factores determinantes y consecuencias]. University of Helsinki.
- Watts, N., Amann, M., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Bouley, T., Boykoff, M., Byass, P., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., Chambers, J., Cox, P. M., Daly, M., Dasandi, N., Davies, M., Depledge, M., Depoux, A., Dominguez-Salas, P., Drummond, P., Ekins, P., Flahault, A., ... Costello, A. (2018). The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *The Lancet*, 391(10120), 581-630. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32464-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32464-9)
- Whiting, L. S., Kendall, S., & Wills, W. (2013). Rethinking children's public health: The development of an assets model. *Critical Public Health*, 23(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.777694>
- World Health Organization. (2025). *World report on social determinants of health equity*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S., & Levin, L. (2000). Principles, methodology and practices of investment for health. *Promotion & Education*, 7, 1-9.

Notas

- ⁴⁷⁶ Beckfield, J. & Krieger, N. (2009). Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiologic Reviews*, 31, 152-177. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxp002>.
- ⁴⁷⁷ Friedli, L. (2013). “What we’ve tried, hasn’t worked”: The politics of assets based public health. *Critical Public Health*, 23(2), 131-145.
- ⁴⁷⁸ AFMC. (2011). *A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians* (D. Donovan y M. Ian, Eds.; 1.ª ed., Vol. 2, pp. 51–52). Association of Faculties of Medicine of Canada
- ⁴⁷⁹ Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6).
- ⁴⁸⁰ Marmot, M., Allen, J., Bell, R. y Goldblatt, P. (2012). Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond. *The Lancet*, 379, 181-188. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61506-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61506-7).
- ⁴⁸¹ Brooks, F. & Kendall, S. (2013). Making sense of assets: What can an assets based approach offer public health? *Critical Public Health*, 23(2), 127-130. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.783687>.
- ⁴⁸² Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y., Maltais, D., Lindström, B., & Gagnéux, M. (2018). Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health. *Preventive Medicine*, 110, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.014>.
- ⁴⁸³ Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Morgan, A., & Martin, S. (2019). Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ open*, 9(2), e023810. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023810>.
- ⁴⁸⁴ Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The handbook of salutogenesis*. [El manual de salutogénesis]. Springer.
- ⁴⁸⁵ Morgan, A., Ziglio, E., & Davies, M. (2010). *Health assets in a global context: Theory, methods, action*. [Los activos para la salud en un contexto global: teoría, métodos y acción]. Springer.
- ⁴⁸⁶ Morgan, A. & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model, *Promotion & Education*, 14(Supl. 2), 17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>.

- ⁴⁸⁷ Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>.
- ⁴⁸⁸ Lindström, B. & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238-244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>.
- ⁴⁸⁹ Morgan, A., Ziglio, E. y Davies, M., *op. cit.*
- ⁴⁹⁰ *Ibid.*
- ⁴⁹¹ Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. & Taylor, S., *op.cit.*
- ⁴⁹² World Health Organization. (2025). *World report on social determinants of health equity*. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ⁴⁹³ Castro, A. (2024). La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48(e56). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.56>.
- ⁴⁹⁴ Freire P. (2017). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI editores.
- ⁴⁹⁵ Buraschi, D. y Oldano, N. (2022). La herencia de Paulo Freire en las prácticas participativas dialógicas. *RES, Revista de Educación Social*, (35), 404-419.
- ⁴⁹⁶ Barreto, A. d. P. (2008). *Terapia Comunitária passo a passo*. [Terapia comunitaria paso a paso]. Gráfica LCR.
- ⁴⁹⁷ Ferreira Filha, M. d. O., Lazarte, R. & Barreto, A. d. P. (2015). Impacto e tendências do uso da Terapia Comunitária Integrativa na produção de cuidados em saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(2), 176-177. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.37270>.
- ⁴⁹⁸ *Ibid.*
- ⁴⁹⁹ Lemes, A. G., Rocha, E. M., Nascimento, V. F., Volpato, R. J., Almeida, M. A. S. O., y Luis, M. A. V. (2021). Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas. *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 305-319.
- ⁵⁰⁰ López Vega, M. J., Ramos Lorentz, M. y López Vega, I. M. (2023). Revisión sobre el impacto de las terapias comunitarias integrativas en la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 8(3), 5-14. <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/743>.
- ⁵⁰¹ Morgan, A. & Ziglio, E. (2010). Revitalising the public health evidence base: an asset model. En A. Morgan, E. Ziglio & M. Davies (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 3-16). Springer.

- ⁵⁰² Morgan, A. & Aleman Diaz, A. Y. (2016). Measuring what matters for young people's health and well-being. *Learning for Well-being Magazine*, (1), 1-9.
- ⁵⁰³ Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes Carbonell, J. J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(10), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>.
- ⁵⁰⁴ *Ibid.*, p. 16.
- ⁵⁰⁵ Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. (2021). *Acción comunitaria para ganar salud... o cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf.
- ⁵⁰⁶ Rotegård, A. K., Moore, S. M., Fagermoen, M. S. & Ruland, C. M. (2010). Health assets: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 47(4), 513-525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.005>.
- ⁵⁰⁷ O'Connor, J. P., Alfrey, L., Hall, C. & Burke, G. (2019). Intergenerational understandings of personal, social and community assets for health. *Health & Place*, 57, 218-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.05.004>.
- ⁵⁰⁸ Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Morgan, A., & Martin, S., *op.cit.*
- ⁵⁰⁹ Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes Carbonell, J. J. y Hernán, M., *op.cit.*
- ⁵¹⁰ Brooks, F. & Kendall, S., *op.cit.*
- ⁵¹¹ Álvarez Dardet, C., Morgan, A., Cantero, M. T. R. & Hernán, M. (2015). Improving the evidence base on public health assets—the way ahead: A proposed research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(8), 721-723. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-205096>.
- ⁵¹² Blickem, C., Dawson, S., Kirk, S., Vassilev, I., Mathieson, A., Harrison, R., Bower, P., & Lamb, J. (2018). What is asset-based community development and how might it improve the health of people with long-term conditions? A realist synthesis. *SAGE Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1177/2158244018787223>.
- ⁵¹³ Popay, J. (2010). Community empowerment and health improvement: The English experience. En A. Morgan, E. Ziglio & M. Davies (Eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action* (pp. 183-195). Springer.
- ⁵¹⁴ McKnight, J. y Russell, C. (2018). *The four essential elements of an asset-based community development process: What is distinctive about an asset-based community development process?* [Los cuatro elementos esenciales de un proceso de desarrollo comunitario basado en los activos:

¿Qué caracteriza a un proceso de desarrollo comunitario basado en los activos?]. Asset-Based Community Development Institute at DePaul University.

⁵¹⁵ McKnight, J. (1995). The careless society: Community and its counterfeits. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 23(1). <https://doi.org/10.15453/0191-5096.2325>.

⁵¹⁶ Hernán García, M., Cardo, A., Barranco Tirado, J. F., Belda Grindley, C., Páez Muñoz, E., Rodríguez Gómez, S. y Lafuente Robles, N. (2019). *Salud comunitaria basada en activos*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

⁵¹⁷ Juvinyà Canal, D., Hernán, M. y Gallego Diéguez, J. (2016). *Perspectives on salutogenesis of scholars writing in Spanish*. En M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 423-429). Springer International Publishing.

⁵¹⁸ Ministerio de Sanidad del Gobierno de España., *op.cit.*

⁵¹⁹ Den Broeder, L., Uiters, E., Hofland, A., Wagemakers, A. & Schuit, A. J. (2017). Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: A qualitative study. *BMC Public Health*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4555-6>.

⁵²⁰ De Andrade, M. & Angelova, N. (2020). Evaluating and evidencing asset-based approaches and co-production in health inequalities: Measuring the unmeasurable? *Critical Public Health*, 30(2), 232-244. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1541229>.

⁵²¹ Bachelet, P. (2024). *Las complejidades de la desigualdad en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo.

⁵²² Granda, E. (2009). *Salud: globalización de la vida y de la solidaridad*. En Z. Betancourt, C. Hermida, H. Noboa, y M. Rodríguez (Eds.), *La salud y la vida. Edmundo Granda Ugalde* (pp. 135-153). Quito.

⁵²³ Christens, B. D. (2013). In search of powerful empowerment. *Health Education Research*, 28(3), 371-374.

⁵²⁴ Basurto Hoyuelos, S. y Vergara Mitxeltorena, I. (2011). *Atención familiar y comunitaria basada en las pruebas científicas*. En *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (pp. 213-232). Elsevier.

⁵²⁵ Kim, E. S., James, P., Zevon, E. S., Trudel Fitzgerald, C., Kubzansky, L. D., & Grodstein, F. (2019). Optimism and Healthy Aging in Women and Men. *American Journal of Epidemiology*, 188(6), 1084-1091. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz056>.

⁵²⁶ De Andrade, M. & Angelova, N. , *op. cit.*

⁵²⁷ Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y., Maltais, D., Lindström, B., & Gagnéux, M., *op. cit.*

- ⁵²⁸ Chapela Mendoza, M. C. y Cerda, A. (2010). *Promoción de la salud y poder: reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud.
- ⁵²⁹ Blickem, C., Dawson, S., Kirk, S., Vassilev, I., Mathieson, A., Harrison, R., Bower, P., & Lamb, J., *op. cit.*
- ⁵³⁰ Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: Implications for school health services. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>.
- ⁵³¹ Brooks, F. & Kendall, S., *op.cit.*
- ⁵³² Ickovics, J. R., Carroll Scott, A., Peters, S. M., Schwartz, M., Gilstad Hayden, K., & McCaslin, C. (2014). Health and academic achievement: Cumulative effects of health assets on standardized test scores among urban youth in the United States. *Journal of School Health*, 84(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/josh.12117>.
- ⁵³³ Gregorevic, K. J., Lim, W. K., Peel, N. M., Martin, R. S., & Hubbard, R. E. (2016). Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.016>.
- ⁵³⁴ Hornby Turner, Y. C., Peel, N. M., & Hubbard, R. E. (2017). Health assets in older age: A systematic review. *BMJ Open*, 7(5), e013226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013226>.
- ⁵³⁵ Kim, E. S., James, P., Zevon, E. S., Trudel Fitzgerald, C., Kubzansky, L. D., & Grodstein, F., *op. cit.*
- ⁵³⁶ Whiting, L. S., Kendall, S., & Wills, W. (2013). Rethinking children's public health: The development of an assets model. *Critical Public Health*, 23(2), 146-159. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.777694>.
- ⁵³⁷ Watts, N., Amann, M., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Bouley, T., Boykoff, M., Byass, P., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., Chambers, J., Cox, P. M., Daly, M., Dasandi, N., Davies, M., Depledge, M., Depoux, A., Dominguez-Salas, P., Drummond, P., Ekins, P., Flahault, A., ... Costello, A. (2018). The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *The Lancet*, 391(10120), 581-630. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32464-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32464-9).

- ⁵³⁸ Carson, S. L., Kentatchime, F., Sinai, C., Van Dyne, E. A., Nana, E. D., Cole, B. L., & Godwin, H. A. (2019). Health challenges and assets of forest-dependent populations in Cameroon. *EcoHealth*, 16(2), 287-297. <https://doi.org/10.1007/s10393-019-01411-9>.
- ⁵³⁹ Springer, A. E., & Evans, A. E. (2016). Assessing environmental assets for health promotion program planning: A practical framework for health promotion practitioners. *Health Promotion Perspectives*, 6(3), 111-118.
- ⁵⁴⁰ Morgan, A., & Ziglio, E. Revitalising the evidence..., *op. cit.*
- ⁵⁴¹ Brooks, F. & Kendall, S., *op.cit.*
- ⁵⁴² Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Morgan, A., & Martin, S., *op.cit.*
- ⁵⁴³ Friedli, L., *op. cit.*
- ⁵⁴⁴ Anderson, I., Robson, B., Connolly, M., Al Yaman, F., Bjertness, E., King, A., Tynan, M., Madden, R., Bang, A., Coimbra, C. E., Jr, Pesantes, M. A., Amigo, H., Andronov, S., Armien, B., Obando, D. A., Axelsson, P., Bhatti, Z. S., Bhutta, Z. A., Bjerregaard, P., Bjertness, M. B., ... Yap, L. (2016). Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388(10040), 131-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).
- ⁵⁴⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): Desafíos para la igualdad en la diversidad* (F. del Popolo, Ed.). Naciones Unidas.
- ⁵⁴⁶ Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y., Maltais, D., Lindström, B., & Gagnéux, M., *op. cit.*
- ⁵⁴⁷ *Ibid.*
- ⁵⁴⁸ Brooks, F. & Kendall, S., *op.cit.*
- ⁵⁴⁹ Hornby Turner, Y. C., Peel, N. M., & Hubbard, R. E., *op. cit.*
- ⁵⁵⁰ Bull, T., Mittelmark, M. B., & Kanyeka, N. E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: Through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160-173. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.771811>.
- ⁵⁵¹ Roy, M., Levasseur, M., Doré, I., St-Hilaire, F., Michallet, B., Couturier, Y., Maltais, D., Lindström, B., & Gagnéux, M., *op. cit.*
- ⁵⁵² Volanen, S. (2011). *Sense of coherence: Determinants and consequences*. [Sentido de coherencia: factores determinantes y consecuencias]. University of Helsinki.
- ⁵⁵³ De Andrade, M. & Angelova, N., *op. cit.*
- ⁵⁵⁴ Chapela Mendoza, M. C. y Cerda, A., *op. cit.*

- ⁵⁵⁵ Chapela Mendoza, M. C. (2018). Clan, institución y proyecto emancipador. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 9-10.
- ⁵⁵⁶ Chapela, M. del C., & Cerda, A. (2010), *op. cit.*
- ⁵⁵⁷ Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>.
- ⁵⁵⁸ Ziglio, E., Hagard, S., McMahon, L., Harvey, S., & Levin, L. (2000). Principles, methodology and practices of investment for health. *Promotion & Education*, 7, 1-9.
- ⁵⁵⁹ Hills, M. J., Carroll, S., & Desjardins, S. (2010). Assets-based interventions: Evaluating and synthesizing evidence of the effectiveness of the assets-based approach to health promotion. En A. Morgan, E. Ziglio, & M. Davies (Eds.), *Health assets in a global context: Theory, methods, action* (pp. 77-98). Springer.
- ⁵⁶⁰ Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes Carbonell, J. J. y Hernán, M., *op cit.*
- ⁵⁶¹ Hills, M. J., Carroll, S., & Desjardins, S., *op cit.*
- ⁵⁶² Gállego Diéguez, J. (s.f.). *Calidad en promoción de la salud: La experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS)*.
- ⁵⁶³ Aro, A. A., Van den Broucke, S., & Rätty, S. (2005). Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promotion & Education, Supl. 1*, 1-5. <https://doi.org/10.1177/10253823050120010105x>.
- ⁵⁶⁴ Jung, J., Nitzsche, A., Neumann, M., Wirtz, M., Kowalski, C., Wasem, J., Stieler Lorenz, B., & Pfaff, H. (2010). The Worksite Health Promotion Capacity Instrument (WHPCI): Development, validation and approaches for determining companies' levels of health promotion capacity. *BMC Public Health*, 10, 550. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-550>.
- ⁵⁶⁵ Molleman, G. R. M., Peters, L. W. H., Hosman, C. M. H., Kok, G. J. & Oosterveld, P. (2006). Project quality rating by experts and practitioners: Experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. *Health education research*, 21(2), 219-229. <https://doi.org/10.1093/her/cyh058>.
- ⁵⁶⁶ European Quality Instrument for Health Promotion. (2003). *European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP)*. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf.
- ⁵⁶⁷ Jung, J., Nitzsche, A., Neumann, M., Wirtz, M., Kowalski, C., Wasem, J., Stieler Lorenz, B., & Pfaff, H., *op. cit.*
- ⁵⁶⁸ Gállego Diéguez, J., *op. cit.*

⁵⁶⁹ De Andrade, M. & Angelova, N., *op. cit.*

⁵⁷⁰ Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion & Education*, 14(2, Suppl.), 17–22.

⁵⁷¹ Wallerstein, N., & Duran B (2010). Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health*. 2010 Apr 1;100 Suppl 1(Suppl 1): S40-6.

⁵⁷² Minkler, M., & Wallerstein, N. (2014). *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*. [Investigación participativa basada en la comunidad para la salud: del proceso a los resultados]. Jossey-Bass.

⁵⁷³ Martínez Riera, J. R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M. C., López Gómez, J. L., y Arroyo Acevedo, H. V. (2018). La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(Supl. 1), 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>.

⁵⁷⁴ Instituto Mexicano de Promoción de la Salud Comunitaria. (s.f.). *Alianza y Equidad por México, A.C.* [Sitio web]. <https://www.promociondelasalud.mx/>.

⁵⁷⁵ El Colegio de Sonora. (2023). *Panorama de la salud en Sonora*. COLSON. <https://libros.colson.edu.mx/index.php/colson/catalog/book/274>.

⁵⁷⁶ El Colegio de Sonora (2024). *Meta Salud Diabetes: intervención comunitaria para la promoción de la salud y el bienestar de personas con diabetes*. COLSON. <https://www.colson.edu.mx/SitioSalud/CPSNM/Index/30>.

⁵⁷⁷ Krieger N. (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>.

⁵⁷⁸ Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2025a). *Orientaciones Técnicas de Atención Primaria Universal*. Gabinete Ministerial.

⁵⁷⁹ Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2025b). *Orientaciones de salud comunitaria y recomendaciones para la acción desde el modelo de activos en salud*. Departamento de Desarrollo e Integración en APS.

⁵⁸⁰ El trabajo completo puede verse en <https://cead.umh.es/>.

⁵⁸¹ Esta experiencia ha sido publicada como artículo científico, el cual puede leerse en: Morales Garzón, S., Chilet Rosell, E., Hernández Enríquez, Barrera Guarderas, F., Benazizi Dahbi, I., Puig García, M., Peralta, A., Torres Castillo, A. L. & Parker, L. A. (2025). Co-creating community initiatives on physical activity and healthy eating in a low-income neighbourhood in Quito, Ecuador. *Global Health Research and Policy*, 10(18). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41256-025-00412-2>.

Sobre los autores

María del Consuelo Chapela Mendoza (México)

María del Consuelo Chapela Mendoza, también conocida como Coni Chapela, encuentra difícil describirse en apenas cien palabras. Si tuviera que resumirse en cinco, elegiría mujer, María, mamá, maestra y médica (aunque renunció a ejercer como tal). También se reconoce como una enamorada de los amaneceres, los atardeceres, de lo otro y de las y los otros; una persona indignada ante las injusticias; arqueóloga en las cuevas de las palabras; constructora de utopías junto a otras personas; y navegante de la historia común. En última instancia, se reconoce consciente de la responsabilidad compartida por la dignidad y la vida, e imposible de comprender fuera de la historia colectiva que la constituye.

Jaime Breilh (Ecuador)

Médico ecuatoriano (Quito, 23 agosto 1947). Apasionado por el deporte, toca guitarra y compone poesía. Expresidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina, director del Doctorado, Posdoctorado y Centro de Investigación de la Universidad Andina. Cofundador Asociación Latinoamericana de Medicina Social; cofundador de la escuela de epidemiología crítica latinoamericana. Autor de libros en varios idiomas. Obras, aportes metodológicos pioneros e innovadores en la ciencia. Doctorados honoris causa (Universidad Nacional de Mar del Plata y Universidad de Cajamarca); premios de investigación y reconocimientos nacionales e internacionales.

Juan Eduardo Guerrero Espinel (Colombia)

Nacido en Colombia en 1947, médico social y apasionado por la salud pública, ha vivido en siete países y recorrido más quince llevando su experiencia y compromiso con la equidad y la justicia social. Casado, padre de cuatro hijos y abuelo de seis nietos, encuentra en la docencia su mayor alegría: formar nuevas generaciones que creen en la salud como derecho y en la vida como valor supremo. Miembro activo de organizaciones de la sociedad civil, su voz y su ejemplo siguen inspirando a quienes sueñan con un mundo más justo y saludable. Organizador y gestor de alianzas académica para la salud y el bien común.

Lorena Lázaró Cuesta (Argentina)

Apasionada por la promoción de la salud y el cuidado de la vida. Nacida en 1974 en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Licenciada en Nutrición por la Universidad de Buenos Aires y maestranda en Salud Pública de la Universidad Nacional de La Plata. Defensora de la lactancia materna. Su trayectoria incluye asesoramiento en políticas públicas, desarrollo de alimentos saludables, formación de promotores, docencia de grado y posgrado y diseño, ejecución y evaluación de proyectos de extensión crítica, investigación aplicada y transferencia vinculados a la alimentación sana, segura y soberana. Integra redes internacionales de investigación y vigilancia. Actualmente desempeña funciones como Subsecretaria Académica, consejera Editorial y directora del Observatorio Alimentario Nutricional de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Julio Mazorco Salas (Colombia)

Julio Eduardo Mazorco Salas, Ibaguerense y colombiano, nacido en 1987. Entre las búsquedas académicas y de vida encontró que la educación es un sistema que posibilita procesos de transformación social. En el autoconocimiento aprendió que un sujeto que se conoce puede cuidar de sí, de los otros y lo otros. Estos procesos favorecieron su encuentro con la filosofía, la psicología, la salud mental comunitaria y la promoción de la salud. Disfrutó de caminar, de pensar, a veces de aislarse, de los sabores diversos, los paisajes, las músicas, la cerveza artesanal y los destilados locales.

María Victoria Sordini (Argentina)

Dra. en Ciencias Sociales. Lic. en Sociología. Investigadora Asistente del CONICET, Argentina. Profesora adjunta de Epidemiología crítica, social y comunitaria de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investiga temáticas vinculadas a la alimentación, el hambre, las políticas sociales y políticas de salud desde la sociología y la salud colectiva.

Rosilda Mendes (Brasil)

Sanitarista con doctorado en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (USP), maestría en Educación: Historia, Política, Sociedad y posdoctorado por la Universidad de Nuevo México EE. UU. Es profesora de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP). Es presidente de

CEPEDOC Ciudades Saludables –Centro de Estudios, Investigación y Documentación en Ciudades Saludables– Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Marco Akerman (Brasil)

Profesor titular del Departamento de Política, Gestión y Salud/Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Doctor; especialista en Salud Pública y Medicina Social por la Universidad Federal de Minas Gerais; especialista en Gestión Hospitalaria para el Sector Público (Fundação Getúlio Vargas); Maestría en Planificación y Financiamiento del Sector de la Salud y Doctorado en Epidemiología y Salud Pública (Universidad de Londres); especialista en Activación del Cambio en el Programa de Pregrado de Profesionales de la Salud (FIOCRUZ). Director de Investigación de CEPEDOC Ciudades Saludables, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Maria Cristina Trousdell Franceschini (Brasil)

Sanitarista con doctorado en Salud Global y Sostenibilidad de la Universidad de São Paulo (USP) y maestría en salud internacional, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con más de quince años de experiencia en coordinación de proyectos, capacitación y desarrollo de capacidades, implementación y evaluación de metodologías participativas, coordinación de investigación, preparación de instrumentos y manuales, preparación de informes técnicos y artículos para publicación

Rosa María Pretell Aguilar (Perú)

Enfermera nacida en Trujillo (Perú) en 1975. Es magíster y doctoranda en Salud Pública y cuenta con más de veinte años de experiencia en la dirección de equipos y en cargos de gestión pública vinculados con la promoción de la salud, la gestión territorial, la atención primaria de la salud, la salud ambiental, la calidad en salud y la gestión de intervenciones sociales. Actualmente se desempeña en el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú, donde trabaja en la protección social de personas adultas mayores en situación de alta vulnerabilidad. En el ámbito académico, desde 2016 es docente de

investigación en programas de pregrado, especialización y maestría. Asume con entusiasmo los retos y desafíos que la vida le presenta.

Elisabete Agrela de Andrade (Brasil)

Es licenciada en Psicología (Licenciatura y Licenciatura) por la UNESP (Assis), tiene una Maestría y un Doctorado en Salud Pública por la Universidad de São Paulo (USP). Realizó prácticas en Psicología Social en la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Actualmente es profesora de la Maestría Profesional en Promoción de la Salud; profesora del Programa de Graduación en Psicología, Fisioterapia, Nutrición y Enfermería de la UNASP São Paulo. Es investigadora de CEPEDOC Ciudades Saludables, Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Ana Cláudia Germani (Brasil)

Se graduó en Medicina en la Facultad de Medicina del ABC (2000). Realizó la Residencia en Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de la USP, donde también completó una maestría y un doctorado. Actualmente es profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo. Tiene experiencia en el área de Promoción de la Salud, con énfasis en la reorientación de los servicios de salud y Educación Médica.

Jorge Laureano Eugenio (México)

Investigador de la Secretaría de Salud de Jalisco, Guadalajara, México. Profesional del área de la salud pública, investigador y gestor con amplia experiencia en promoción de la salud, participación social y metodologías cualitativas aplicadas a la salud colectiva. Es licenciado en Enfermería por la Universidad de Guadalajara, magíster en Ciencias de la Salud Pública y especialista en Promoción de la Salud por el Instituto de Salud Carlos III. Posteriormente, obtuvo el doctorado en Administración y Políticas Públicas.

María del Rocío Sáenz Madrigal† (Costa Rica)

Médica y salubrista. Se desempeñó como ministra de Salud en Costa Rica (2002-2006), allí coordinó el área social del gabinete (2004-2006). También ejerció la presidencia de la Caja Costarricense de Seguro Social (2014-2017).

Publicó numerosos artículos científicos y fue consultora internacional en temas de salud pública, emergencias sanitarias, sistemas de salud y equidad. Lideró diversas iniciativas de atención primaria de la salud, particularmente de foros y proyectos en torno al cáncer de mujeres. Coordinó la Red de las Américas para la Equidad en Salud.

Allan Abarca Rodríguez (Costa Rica)

Magíster en salud pública, magíster en gobierno y asuntos públicos, y magíster en estudios interdisciplinarios en discapacidad. Se desempeña como docente en categoría de catedrático, tanto en la Escuela de Ciencias Políticas como en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Ha ejercido docencia universitaria con énfasis en las instituciones en salud, y del proceso de formulación y ejecución de políticas públicas.

Patricia Pérez Wilson (Chile)

Nació y vive en Concepción, Chile. Psicóloga, doctora en Ciencias de la Salud (Universidad de Alicante) y docente en la Facultad de Medicina (Universidad de Concepción), donde también integro el Programa Universidad Promotora de Salud. Le apasiona investigar sobre salutogénesis, promoción de salud y modelo de activos, y participó en redes internacionales y latinoamericanas relacionadas con promoción de salud y salutogénesis. Trabajó varios años en atención primaria antes de llegar a la universidad. Actualmente además acompaña a personas que están en cuidados paliativos. Disfruta la música, conocer nuevos lugares, escuchar historias y compartir buenas conversaciones.

María Fernanda Rivadeneira (Ecuador)

Es PhD en Epidemiología, máster en Investigación Clínica y Epidemiológica, máster en Salud Pública, doctora en Medicina y Cirugía. Es profesora e investigadora de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Fue coordinadora de la oficina de Promoción de Salud (2012-2019) y de la Maestría en Epidemiología para la Salud Pública en la PUCE (2020-2022). Su investigación aborda las líneas de determinantes de la salud, desigualdades en salud, promoción de la salud, salud infantil y envejecimiento saludable. Es feliz aprendiendo y enseñando. Le encanta leer, trabajar en comunidad y viajar. Su principal activo en salud es su pequeña hija.

José Andrés Ocaña Navas (Ecuador)

Nacido en la ciudad de Quito y profundamente vinculado con la naturaleza, el campo y la agricultura por influencia de sus abuelos y padres. Eligió orientar su camino personal y profesional hacia la promoción de la salud, al encontrar sentido en construir bienestar en los espacios cotidianos de la vida, más allá de los ámbitos clínicos y hospitalarios. Actualmente se dedica a la investigación y la docencia universitaria, explorando los vínculos entre el cuidado de la naturaleza, los sistemas alimentarios y los resultados en salud y nutrición de niñas, niños y familias en etapa escolar.

María Constanza Granados Mendoza (Colombia)

Psicóloga colombiana convencida de la fortaleza de los procesos colaborativos y el trabajo en red al trabajar por construir oportunidades para la salud y la vida, asume la promoción de la salud como una opción de vida. Consultora internacional en promoción de la salud, docente universitaria, conferencista y autora colombiana. Reconocida por su liderazgo en el desarrollo y consolidación de apuestas desde Universidades promotoras de salud tanto en Colombia como en Latinoamérica.

Madre, abuela, hija, encuentra en su familia amor, inspiración y refugio, en el piano y la pintura lenguajes y en la vida oportunidades para agradecer, sembrar y cosechar con otros dispuestos a cuidar, compartir y construir caminos.

COLECCIÓN
HERRAMIENTAS

