

DESIGUALDAD, "GOBERNANZA" Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA ANÁLISIS NORMATIVO DESDE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA¹

María Graciela de Ortúzar,
UNLP-CONICET-IdHICS-UNPA

Correo electrónico: mariagracielaideortuzar@gmail.com; graceortuzar@hotmail.com

Resumen

En las últimas décadas los estudios sobre la democracia y la participación ciudadana han sido desplazados por los análisis sobre los modelos de "gobernanza". Se postula así un nuevo modo de gobernar conforme al cual, en la formulación y aplicación de políticas públicas, no sólo participan las autoridades estatales, sino también las organizaciones privadas y los ciudadanos "activos". Si bien la gobernanza nace con la crisis del Estado de Bienestar Europeo, también ha sido enarbolada por sectores de izquierda, como una herramienta útil para analizar las asimetrías de poder. Un claro ejemplo de ello es la "gobernanza en salud". El objetivo general del presente trabajo es mostrar, a través del análisis normativo de la gobernanza en salud, cómo la extrapolación de modelos de corte neoliberal, y la falta de justificación de modelos equitativos propios, conlleva la legitimación de las asimetrías de poder; la co-responsabilidad del paciente en el sistema de salud, y, lo que es más grave aún, el no reconocimiento de la importancia de atender las desigualdades estructurales y determinantes sociales de la salud como una responsabilidad social del Estado.

Palabras claves: 1- "desigualdades estructurales", 2- "gobernanza"; 3- "gobernanza en salud"; 4- "participación"; 5- "co responsabilidad en salud"; 6- "asimetrías de poder"; 7- "determinantes sico sociales"; 8- "responsabilidad social en salud pública"; 9- "asimetrías de la información"; 10- "modelo equitativo y participativo en salud".

-INTRODUCCIÓN

La participación ciudadana en la toma de decisiones políticas, sociales y económicas constituye un ideal democrático igualitario; defendido desde el nivel académico y desde el nivel práctico-militante, especialmente por la sociedad civil (ONGs). En las últimas décadas, los citados estudios sobre democracia y participación han sido desplazados por los análisis sobre el *modelo de gobernanza*. En términos generales, dicho modelo es definido como *un nuevo modo de gobernar conforme al cual, en la formulación y aplicación de políticas públicas, no sólo participan las autoridades estatales, sino también las organizaciones privadas y los ciudadanos "activos"*.

Que los estudios sobre el modelo de gobernanza predominen en Europa, no es de sorprender, debido a que el concepto surge en el hemisferio norte, en el momento de crisis del Estado de Bienestar, presentándose el nuevo modelo como un "novedoso instrumento de gestión", tendiente a resolver *problemas de déficit de legitimidad y*

¹ El presente trabajo ha sido desarrollado en el marco del Proyecto "Igualdad, democracia participativa y TICs: nuevos desafíos", PIP0056, CONICET- IdHICS, y el Proyecto H607 "Desigualdad de Ingresos, justicia y bienestar social", UNLP, FAHCE.

crisis de gobierno, con el fin de fortalecer una responsabilidad compartida – accountability- entre los ciudadanos y el estado (COHEN, 2013).

Ahora bien, en el caso de América Latina, la razón de ser de la extensa literatura sobre la democracia se debe precisamente a la necesidad de analizar y conocer nuestro pasado dictatorial y las interrupciones continuas de los procesos democráticos que hemos sufrido hasta hace algunas décadas atrás. Por lo tanto, éste acento en la *eficacia, la legitimidad y la co responsabilidad*, propio del discurso de la gobernanza (neoliberal), constituye una clara extrapolación de modelos europeos a realidades políticas y económicas muy diferentes, como lo es la compleja realidad latinoamericana y sus particulares relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil. (DE ORTUZAR, 2014). De hecho, en el momento de crisis del Estado de Bienestar europeo nos encontrábamos en plena dictadura militar. Por lo tanto, el problema no se centra en la crisis de legitimidad o gobernabilidad debido a que no se cumplen las condiciones mínimas para el ejercicio del gobierno (CAMOU, 2000). Entonces, *¿por qué giran los nuevos discursos y estudios latinoamericanos en torno a “la gobernanza”? ¿Qué es y qué implicancias tienen dicho “modelo de gobernanza” en nuestra realidad, y más específicamente, en salud pública?*

En pos de avanzar sobre la reflexión de la gobernanza y sus implicancias, me interesa aquí destacar dos grandes problemas a esclarecer en el presente trabajo.

En *primer lugar*, es importante indagar por qué el modelo de gobernanza, al igual que el modelo de gobernanza en salud, es defendido tanto por sectores de izquierda como de derecha. Aquí no se trata sólo de la ambigüedad originaria de este concepto (*la gobernanza suele confundirse con la gobernabilidad*); sino que el uso del mismo remite a ideologías opuestas. Por ejemplo, el modelo de *gobernanza en salud* es defendido desde la derecha por el Banco Mundial, promoviendo la *Atención primaria de la salud focalizada* (BANCO MUNDIAL, 1993). Pero también es propuesto por la izquierda, fomentando un sistema participativo a través de la *Atención primaria de la Salud Integral* (Volveré sobre este punto más adelante). Ambos modelos favorecerían la participación, aún cuando sus objetivos son opuestos: el primero es altamente estigmatizante y busca restringir el acceso a la salud de los pobres a la atención primaria; el segundo sustenta una visión integral de la salud, preventiva y positiva.

En *segundo lugar*, me interesa profundizar sobre el problema común de los modelos de gobernanza, defendidos tanto desde la derecha como desde la izquierda, el cual puede formularse a través del siguiente interrogante: *¿Cómo puede sustentarse la supuesta libertad de participación del paciente en el sistema de salud, co responsabilizando al mismo por las decisiones sobre su propia salud y sobre el*

sistema de salud pública, sin partir de un análisis sobre las condiciones para el diálogo?

El objetivo del presente trabajo es mostrar, a través del análisis práctico de la gobernanza en salud, cómo la extrapolación de modelos normativos de corte neoliberal, y la falta de justificación normativa de *modelos equitativos sanitarios propios*, conlleva la legitimación de las asimetrías de poder; la co-responsabilidad del paciente en el sistema de salud, y, lo que es más grave aún, el no reconocimiento de la importancia de atender las desigualdades estructurales y determinantes sociales de la salud como una responsabilidad social del Estado.

I -GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

De acuerdo a Mayntz (MAYNTZ, 2006), la **gobernanza moderna** se define como un nuevo modo de gobernar, conforme al cual, *en la* formulación y aplicación de políticas públicas no sólo participan las autoridades estatales, sino también *las* organizaciones privadas. Las formas características de la cooperación Estado/sociedad son los arreglos neocorporativos y las redes de políticas sectoriales. La cooperación entre los actores públicos y privados puede tener lugar, en principio, en cada nivel político en donde existen autoridades públicas y organizaciones privadas, desde el nivel local hasta el subnacional y del nacional al regional.

En el actual contexto internacional, el **modelo de gobernanza en la Sociedad de la Información –SI-** plantea una nueva forma de gobernar muy diferente a los viejos sistemas de control jerárquicamente organizados. Los protagonistas, individuos y comunidades, serían los actores sociales centrales que participan en redes mixtas público-privadas a través de un *diálogo* (volveré sobre este concepto), desde punto de vistas diferentes, para favorecer el *consenso*. En teoría, constituye un proceso interactivo e integrador entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones empresariales, en un contexto dinámico y complejo en el el cuál, las tecnologías de la información y comunicaciones –TICs-, serían canales “eficaces” de conexión y articulación entre actores.

Ahora bien, más allá de las definciones generales sobre la gobernanza, existen dos grandes modelos que defienden ideologías opuestas: la gobernanza global (derecha) y la gobernanza democrática o reflexiva (izquierda). Avancemos sobre el análisis del los mismos.

I.1.Gobernanza global (derecha)

Esta concepción supone una “**nueva ciudadanía activa**”, resultado de una mayor preparación y sofisticación por acceso al conocimiento gracias a la incorporación de nuevas tecnologías –*Ciberdemocracia*- (TSAGANOURIOUS, 1998). Dicho ideal conlleva la exigencia de nuevos procesos decisionales más complejos, que permitirían la participación del ciudadano sofisticado. Esta participación activa de la *ciberciudadanía* es postulada desde una sociedad mayormente desarrollada e igualitaria como es Europa; es decir una sociedad que históricamente ha permitido la distribución de ingresos gracias al papel activo del Estado (En otras palabras, nos referimos a países que *acostumbraban tener Estados fuertes e intervencionistas*). Pero,...¿es este modelo ideal de gobernanza extrapolable a América Latina?

Al respecto, los críticos de esta noción (SANTOS de SOUSA, 2007, MEDICI, 2012) consideran que las redes de la gobernanza globales se encuentran transidas por las asimetrías de poder entre los actores estatales (estados, organizaciones internacionales) y no estatales -de los mercados transnacionales y de la sociedad civil “global”- ET’s, ONG’s-. La gobernanza se potencia como un vector de reproducción de relaciones hegemónicas al interior del mundo colonial, siendo inapropiado su uso en América Latina. Bajo el discurso de la participación y la responsabilidad en la decisión del ciudadano activo e informado, se ignoran las desigualdades estructurales que impiden – justamente- el libre ejercicio de la toma de decisiones y la participación igualitaria en el poder.

Paradójicamente, el modelo de gobernanza es postulado por la izquierda de nuestra región, bajo el modelo de “*gobernanza reflexiva*” o democrática.

I.1.Gobernanza reflexiva o democrática (izquierda)

La *gobernanza reflexiva* busca establecer instrumentos institucionales para lograr una forma más crítica del sistema de gobernanza y sus paradigmas en pos del ideal de democracia deliberativa. En la teoría de la *gobernanza reflexiva* se estudian las formas de organización colectiva (nuevos movimientos sociales) y la distribución de la información como formas alternativas. La red, como organización colectiva, permite su autoregulación como un modelo policéntrico (OSTROMS, 1999) y la creación de conocimiento colectivo, base para la toma de decisiones (HASS et al, 1995). En este contexto se ha sugerido una teoría de diálogo colaborativo como estrategia deliberativa de gobernanza (INNES AND BOOHER, 2003) para la creación de soluciones públicas.

El *problema de este modelo es que no actúa sobre las asimetrías de poder*, estructurales, que impiden el diálogo auténtico y el ejercicio de la libertad, reproduciendo las desigualdades pre-existentes. El *diálogo auténtico* exige

condiciones de inclusividad (todos los afectados), diversidad (representación de diversidad de intereses), interdependencia (cada uno de ellos gana y ofrece algo con la cooperación). Exige que cada participante persiga su interés con el fin de encontrar una solución que pudiera ser aceptable para todos los participantes (*interest based bargaining*) (ELGARTE, 2005). En un contexto de desigualdad, las condiciones de inclusividad del marginado serían sólo formales, y existiría una importante *asimetría de poder*. Los participantes más débiles no pueden, aún reclamando y denunciando la injusticia, cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes más fuertes. Ésto no impide el ejercicio de la gobernanza y la misma aceptación de la injusticia como algo inevitable, legítimo. Por ello, si bien el *requisito de la inclusividad* tendería a revertir esta situación desde el punto de vista normativo, *las asimetrías de poder* en el mundo contemporáneo muestran que no basta con la *inclusión formal* de los más débiles. (DE ORTUZAR 2012, 2014)

Por otra parte, es importante sumar a la citada asimetría de poder una nueva asimetría específica de salud: *la asimetría de la información*. En la década del 60 Arrow (ARROW, 1963) mostró como en el marco del sistema privado de salud el consumidor está desarmado frente al médico. El paciente confía en su médico y supone que los servicios que éste le ofrece no están dictados por su interés egoísta. Dado la asimetría de la información (acentuada por el lenguaje técnico del médico) y dada la situación de vulnerabilidad del paciente (quien encuentra deteriorada su capacidad de comprensión por el *shock* emocional de su enfermedad y su condición social y capacidad general), sólo la buena voluntad de quien dispone de más información evita las estafas. No obstante, la libertad de decisión y la competencia perfecta defendida por el mercado supone que los individuos disponen todos de la información relevante, que son capaces de procesarla y que existe igualdad y simetría de la información. Eso es sencillamente imposible en la práctica del seguro privado como del seguro público.

En síntesis, ambos modelos de gobernanza reproducen las desigualdades pre-existentes. En otras palabras, no garantizan las condiciones para el diálogo auténtico e ignoran las desigualdades estructurales. En lo que respecta al modelo de gobernanza global, el mismo esconde -bajo el discurso de la participación y responsabilidad del ciudadano activo- la crítica encubierta al Estado y el consiguiente recorte del poder en políticas sociales. Un claro ejemplo de ello lo constituye la gobernanza global en salud del Banco Mundial.

II. GOBERNANZA EN SALUD: MODELOS NORMATIVOS

II.1. Gobernanza global en salud (Banco Mundial -BM-)

Los problemas del modelo de gobernanza se reflejan también en el campo de la salud. Al igual que la gobernanza global, la *Gobernanza global en Salud*, impulsada por el Banco Mundial, parte de una *concepción de equidad neoliberal*: el criterio del mercado (salud como mercancía). El Banco Mundial es en la actualidad el mayor inversor en salud. Por ello, a pesar de enunciar su sistema de créditos a los gobiernos de América Latina para “*el desarrollo social y económico con equidad*”, lejos de contribuir a la igualdad de oportunidades de los ciudadanos (concepción social de equidad), las políticas de salud aplicadas en la década del 90 en América Latina, e impulsadas por el Banco Mundial, tuvieron como resultado el desmantelamiento de nuestro sistema público de salud. Esto se debe a que el Banco Mundial minimiza el papel de los Estados en salud pública; y no atribuye responsabilidad en las empresas por la salud de los individuos (contaminación ambiental o accidente de trabajo). De esta manera, al mismo tiempo que da “rienda suelta” a las industrias y laboratorios internacionales para que persigan sus mayores beneficios; responsabiliza en la salud a los propios individuos... En lo que respecta a la participación, los programas de salud del BM promueven la Atención Primaria de la Salud –APS- dirigida a los pobres. Este programa es estigmatizador en dos aspectos: estigmatiza a las sociedades al aplicar criterios de evaluación occidentales en programas (etnocentrismo); y estigmatiza a los pobres al elaborar programas de salud focalizados en pobres (APS para pobres).

II.2. Gobernanza democrática en salud (izquierda)

Este modelo promueve la equidad como valor desde un proceso político de participación comunitaria, y considera que la “gobernanza democrática” es una herramienta útil para estudiar los procesos políticos e institucionales que atraviesan la implementación de las *políticas de APS integral*. Se basa en valores (modelo de clan) comunitarios, y no prevalecen en teoría los intereses privados, sino que se destaca una visión y valores compartidos que permiten la coordinación de unidades productivas y actores (creación de espacios participativos, comités de evaluación entre pares, sesiones de capacitación, sensibilización de trabajo, comunicación cara a cara, entre otros). Se caracteriza como un proceso colectivo y participativo, y soporta alguna forma de liderazgo (dependencia de los actores involucrados, identidad y valores compartidos). Este concepto postula reformas en el sector salud (sistema participativo) sin criticar el rol activo del Estado en la distribución de ingresos. La responsabilidad en la atención de la salud es principalmente social; es decir, recae en las mismas

estructuras sociales y sus consiguientes determinantes estructurales (ingresos, educación, género, ocupación, variable étnica, posición social) e intermedios (condiciones materiales, cohesión social, factores sico sociales, conductas y factores biológicos) que condicionan la salud. Esta perspectiva incorpora la dimensión política de los derechos humanos y la ciudadanía e instituye una ética que trasciende el modelo de toma de decisiones basadas primordialmente en cálculos económicos. Sus medidas de prevención están en armonía con los principios de igualdad social e igualdad de oportunidades.

II.3 Implicancias de la aplicación de la gobernanza en salud en nuestra región

En nuestros países latinoamericanos, la repercusión de la nueva tecnología, y los problemas de acceso y distribución, se vieron agravados por la crisis del sistema de salud a partir de la exportación del modelo de reformas neoliberales (privatización, recorte del gasto administrativo, descentralización y flexibilización) que terminaron fragmentando el sistema de salud en las décadas del 80 y 90. Esta privatización y reformas en salud coinciden con la extrapolación del debate de gobernabilidad/*gobernanza*, cuestionando el Estado de Bienestar y la eficacia del sistema. Por lo tanto, *la asimetría de poder y las desigualdades estructurales han sido profundizadas por la aplicación del modelo de gobernanza global del BM en América Latina*, el cual lejos de fomentar la participación ciudadana, genera mayores desigualdades en salud.

En consecuencia, en lo que se refiere a nuestra región, y en el citado marco de desregulación del sistema de salud, la relación de confianza centrada en el viejo médico de familia se ha perdido. El médico hospitalario, sumergido en una situación de crisis general del sistema, se encuentra dividido entre una tradición autonomista impuesta por el modelo del consentimiento informado y exigido por los juicios de mala praxis, y la vieja tradición paternalista, propia de nuestra cultura y nuestras necesidades (comunitaria y familiar). Por ello, no todo paternalismo es visto con mala cara en la región, ya que trata de proteger al más vulnerable. Si bien el acceso a la información y la libre decisión del paciente -de acuerdo a sus ideales de vida- constituyen derechos de autodeterminación insoslayables más allá de la cultura (principio del disenso), en la práctica no siempre es viable aplicar este instrumento, meramente formal, del consentimiento informado.

- *¿Es posible y deseable extrapolar alguna de las supuestas virtudes del modelo de gobernanza planteadas en el discurso participativo de ciudadanos activos?*

A las asimetrías de poder producto de las desigualdades económicas y sociales y a la asimetría de información propia del sistema de salud, se suman *las desigualdades de la SI en lo que respecta a la informatización del sistema de salud en nuestra región*. Resulta imposible extrapolar los modelos ideales de participación de pacientes y asociaciones de pacientes planteados a nivel ideal (*ciberdemocracia*), sin tener en cuenta las desigualdades de nuestra región y las necesidades sobre el tema. Si bien en la región se ha avanzado en la historia clínica electrónica y la información al paciente, esta tecnología se encuentra principalmente al servicio del *sector privado*, como un instrumento más de marketing del mismo (*confección de historias clínicas, páginas web para pacientes, registros de profesionales, pacientes, y bases de datos transnacionales*). Usualmente las encuestas de opinión de eficiencia y medios electrónicos son usados para medir, una vez más, la *eficacia del sistema*.

La brecha tecnológica y digital constituye un problema aún no resuelto, debido a que la paradoja de la *e health* o la *e salud*: los más necesitados y los que más podrían beneficiarse con la nueva tecnología, como sería el caso de acceso a la *telesalud* o *telemedicina* en zonas aisladas, no acceden a la misma. Está claro que el no acceso a la información repercute en el acceso a la salud como un determinante social global. Ahora bien, *pensar en estrategias para el acceso igualitario a TIC y al conocimiento es pensar también en estrategias para mejorar la calidad de vida y la salud de la población, de acuerdo a necesidades y capacidades básicas*. Avanzar hacia la *alfabetización sanitaria de la población* exige un *marco integral* de desarrollo de las capacidades básicas, entre las cuáles se encuentra la *capacidad informacional*, como estrategias de participación para el ciudadano en la SI. Aquí, el marco general no se centra sólo en la autodeterminación, sino en la *justicia distributiva*. Se trata de proteger grupos vulnerables e incentivar la autonomía crítica y autodeterminación del paciente. El modelo de gobernanza no responde a éstas necesidades regionales.

- *¿Puede entonces incentivarse la participación del paciente en la toma de decisiones y responsabilizar al mismo por su salud y por el sistema de salud?*

La defensa de la responsabilidad individual en salud ha sido enarbolada tanto por autores de derecha como de izquierda. Más allá del primer caso, ya mencionado, es importante comprender por qué desde la izquierda puede defenderse la responsabilidad individual en salud. En este caso, es necesario partir de la premisa moral igualitaria que sostiene que la sociedad debería compensar a las personas por consecuencia de causas que se encuentran más allá de su control, pero no debería compensar a las personas por los resultados que son consecuencia de causas que están bajo su control, y por lo tanto, bajo su responsabilidad (DWORKIN, 2000). Sin

embargo, esta premisa no puede sustentarse si tomamos en cuenta el paradigma de los *determinantes sico sociales* (WILKINSON. 2009). Estos estudios epidemiológicos, nos llevan a afirmar que los “estilos de vida individual” no constituyen los elementos centrales a la hora de determinar *responsabilidades en salud*, porque las mismas recaen – principalmente- en la responsabilidad *social*, en los determinantes estructurales (ingresos, educación, género, ocupación, etnia, posición social) e intermedios (condiciones materiales, cohesión social, factores sico sociales, conductas y factores biológicos) que condicionan la salud. Las desigualdades económicas y sociales, expresada en la desigualdad de ingresos y en las diferencias sociales, producen relaciones sociales débiles que afectan nuestra salud (vulnerabilidad por factores sicosociales), y, por consiguiente, nuestra calidad de vida general; atentando contra nuestra propia naturaleza social. *La salud no se reduce a la atención de la salud en servicios hospitalarios, sino que debe ser considerada en un sentido amplio. Las diferencias en salud no son reflejo de las diferencias de acceso hospitalario, sino producto de las **desigualdades sociales**.* Los gradientes en el trabajo y la posición social constituyen el mejor predictor del nivel de salud. Aquí, nuevamente, las desigualdades económicas y sociales juegan un rol central en la salud de la comunidad, encontrándose lejos del individuo la posibilidad de elegir o cambiar su situación individual (“estilo de vida”).

- *¿Contribuyen los estudios de gobernanza democrática a la equidad en salud?*

Finalmente, aún cuando busquemos aplicar el modelo de gobernanza democrática como herramienta heurística de evaluación de asimetrías de poder entre los participantes, como el mismo Flores (FLORES 2010) reconoce cuando examina los procesos de toma de decisiones en los consejos municipales de Guatemala (actores, recursos y reglas en juego), la mera creación de esos consejos no garantiza una mayor equidad en salud dado que reproducen las asimetrías de poder preexistentes en la estructura. Por lo tanto, *la participación débil – sin efectiva capacidad decisoria- justificaría la reproducción de las desigualdades bajo una falsa apariencia de transparencia y legalidad. El modelo de gobernanza no es apropiado para nuestra región, al menos si queremos a través del mismo fomentar la equidad y la participación.*

III.- HACIA MODELOS DE EQUIDAD EN SALUD REGIONALES BASADOS EN DETERMINANTES SICO SOCIALES DE LA SALUD

Pensar un *modelo sanitario participativo* propio exige partir del análisis de las evidencias empíricas sobre las relaciones entre *desigualdades sociales y salud* en nuestra realidad latinoamericana. La participación directa (individual o colectiva) de los ciudadanos, tomada del modelo europeo de *gobernanza en salud*, supone –como hemos visto- una *ciudadanía activa*, que, gracias a la alfabetización sanitaria y digital, participa en la toma de decisiones de salud pública, bajo condiciones sociales de igualdad. Al respecto, no caben dudas de que el problema de acceso a la información es un problema central y determinante para la equidad en la atención de la salud. Es un *derecho del paciente*. Sin embargo, existe una gran idealización de esta ciudadanía activa y sus *decisiones compartidas*, ya que este modelo supone, en teoría, que pueden superarse fácilmente asimetrías propias del sistema de salud y de la sociedad, ya señaladas anteriormente, sin partir del análisis más importante: las desigualdades económicas y sociales que originan los problemas de salud.

El acceso a la información para la participación no es, en nuestra región, la única barrera, y, en muchos casos, no es la barrera central... La desconfianza hacia las instituciones de la salud y la lógica de la sospecha ejercida por el excluido posee sus razones de ser en la misma historia de opresión de la medicina hacia el marginado y vulnerable (tanto en la investigación como en la práctica médica). La *desconfianza constituye una de las barreras centrales al acceso a la salud*. (EPELE, 2007) La desconfianza es fruto de los abusos en investigación en los países del tercer mundo por la bioindustria, es fruto de la creciente medicalización de la vida, es fruto del aislamiento iatrogénico prolongado en asilos (Ej. comunidades para leprosos). Más aún, en la actualidad la desconfianza generalizada hacia el sistema de salud se basa en la creciente *criminalización del paciente* (Ej. consumo de drogas, abortos, salud mental, entre otros). Los enfermos no acuden a los centros de salud porque saben que se los va a denunciar. Los médicos se transforman en semejantes a policías o a la justicia. Es por ello que es necesario atender la sospecha y la desconfianza, ya que expresan *relaciones conflictivas* en el sistema de salud entre los profesionales y los enfermos, y denuncian el carácter *estigmatizador* de los programas de drogadicción, alcoholismo, salud mental, que no sólo criminalizan al enfermo, sino que lo sancionan socialmente, promoviendo prácticas activas de discriminación y expulsión. Esta desconfianza se acrecienta en sociedades no igualitarias, *por el olvido de nuestra propia naturaleza humana como ser social*. Necesitamos un entorno de relaciones sociales fuertes, de amigos, familia, redes de apoyo para estar sanos y/o promover la salud. En el caso de los marginados, estas relaciones son inexistentes o débiles.

Por ello, la raíz del problema sanitario, y aún la raíz de la desconfianza hacia el sistema de salud y los profesionales, es más profunda, y se encuentra en las mismas desigualdades de la estructura social, en las desigualdades de ingreso que generan *ciudadanos de segunda* (y **no ciudadanos activos...**), ciudadanos que sufren diariamente la *privación relativa*, es decir aquellos que viven en carne propia el estatus social bajo, el nivel de subordinados, la discriminación y el menosprecio. Esto conlleva, a nivel *individual*, mayor estrés y sufrimiento psicológico, y, a nivel *colectivo*, mayor violencia, desconfianza y falta de compromiso y participación por relaciones sociales débiles. Ellos son las víctimas de los determinantes sicosociales de su entorno: *el nacer en un contexto de estatus social bajo, el crecer en el marco de relaciones sociales débiles, y el sufrir las experiencias tempranas desventajosas en la niñez (desnutrición, falta de afecto, violencia, etc)*. Ellos son las víctimas de los programas de salud estigmatizadores y criminalizadores. La causa de la existencia de estos ciudadanos es la *pobreza relativa*. Por lo tanto, en lo que respecta a la equidad, y muy especialmente la equidad en salud, el objetivo es mejorar la calidad de relaciones sociales. Y esta mejora no es posible sin la distribución igualitaria de los ingresos y la destrucción de las relaciones jerárquicas y estigmatizadoras (en el interior del sistema sanitario y en la sociedad). En este sentido, entenderé aquí por equidad/igualdad una concepción de libertad real que permita al ciudadano ejercer la capacidad para elegir libremente su plan de vida en un entorno social cooperativo

El *modelo equitativo y participativo en salud pública*, demanda la responsabilidad social del Estado de brindar las condiciones de equidad (entornos saludables). Para que el individuo pueda estar sano, se requiere crear un *entorno saludable*, un contexto de relaciones sociales igualitarias, a partir de las cuáles nacerá la confianza, el compromiso y la participación social. Y esto no implica validar un modelo jerárquico y burocrático en lo político, sino reconocer el rol esencial del Estado en garantizar las condiciones de la igualdad, y fomentar las políticas públicas. Si las relaciones sociales son débiles y jerárquicas, entonces habrá mayor desconfianza, violencia y enfermedades sico sociales; sin que el individuo pueda cambiar su situación (especialmente los más débiles). A nivel operativo, el modelo de APS integral puede adecuarse al modelo normativo esbozado anteriormente, combinando políticas intersectoriales. (Por razones de espacio no desarrollaremos aquí los aspectos específicos del citado modelo, mereciendo un trabajo aparte)

Retomando las preguntas iniciales (*¿por qué giran los nuevos discursos y estudios latinoamericanos en torno a “la gobernanza”...?.; ¿qué implicancias tienen?*),

considero que bajo el discurso de la gobernanza se legitima, encubiertamente, el recorte de poder del Estado y de sus políticas redistributivas; promoviendo, bajo el discurso ideal de la participación, la responsabilidad individual del ciudadano. El acento en la responsabilidad individual, y no en la responsabilidad social, nos lleva a ignorar las causas de las desigualdades estructurales que impiden el real ejercicio de la libertad y la participación, generando mayores desigualdades y asimetrías. En lo que respecta a salud, la extrapolación de modelos europeos y la aplicación de políticas neoliberales (BM) ha llevado a la fragmentación del sistema de salud y a la pérdida del horizonte de equidad en nuestra región. Resulta imperioso pensar un modelo propio de salud, equitativo y participativo, que defienda la responsabilidad social en salud apoyado en la evidencia de los determinantes sico sociales. Sin políticas distributivas a cargo del Estado, sin responsabilidad social, sin un Estado que se ocupe de crear entornos saludables, no será posible construir una sociedad igualitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- ARROW K, "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American economic review*, Voll. LIII, Dec 1963, Nro. 5.
- BANCO MUNDIAL, *Informe Invertir en salud*, Washington, 1993.
- CAMOU, A *Tres miradas sobre la (in) gobernabilidad: eficacia, legitimidad y estabilidad política* 2000, <http://www.antonioacamou.com.ar>
- COMISIÓN TRILATERAL DE 1975: "La crisis de la democracia- Informe sobre la Gobernabilidad de las Democracias
- COHEN, G, *Por una vuelta al socialismo*, México, Siglo XXI, 2014
- COHEN, M A, "Democracia deliberativa y gobernanza ambiental: ¿conceptos transversales de una nueva democracia ecológica?"; *Sociología*, año 28, número 80, enero-abril de 2013, pp 73.122.
- DWORKIN, R, "What is equality?" *Philosophy and public affairs* 10,185-246,1982.
- DWORKIN, R, *Sovereign virtue*, Cambridge M., Harvard University Press, 2000
- DE ORTÚZAR, M. Graciela; "Condiciones para la gobernanza en la Sociedad del Conocimiento democrática y deliberativa"; *VI Congreso de Relaciones Internacionales*, 2012, UNLP, en Actas, <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/40206>
- DE ORTÚZAR, M. Graciela, ¿Equidad y gobernanza en salud?... Pensar lo Propio, *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, FLACSO, Año 19, Nro 37, segundo semestre 2014- (en prensa)- Con referato
- DE ORTÚZAR, M. G, "Gobernaza" y "Gobernanza en salud": ¿Una nueva forma de privatizar el poder político? *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política* No 5 , Otoño 2014, ISSN 2014-7708, p.p.63-86-<http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050>- Con referato
- ELGARTE, J, *An evaluation of Innes and Borres collaborative policymaking*, Inédito, Bélgica, 2005.

- EPELE, M, "Sobre barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y Atención primaria de la salud", en Maceira, D, *Atención Primaria de la Salud*, Paidós, Tramas Sociales, 44, 2007, p.154.
- FLORES, W,"Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas"; *Revista de Salud Pública*, 12 sup, 1, 28-38, 2010.
- GERT, B, CULVER, KD, *Philosophy in medicine*, New York and Oxford, Oxford University Press, 1982.
- GERT, B, *Bioethics*, "Consent", chapter 7, Oxford, Oxford University Press, 1997.
- HASS, Peter et al, Learning to learn: improving international governance, *Global governance*, Nro1; 1995, pp. 225-285.
- INGELHARDT, R, *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*, Madrid, Centro de Estudios Sociológicos, 1991.
- INNES AND BOOHER, Collaborative policymaking: governance through dialogue; in : *Deliberative policy analysis. Understanding governance in the network society*, Hajer, Maarten and Hendrik Wagenaar eds, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp.. 33- 59
- JIMÉNEZ R, 2008, "La gobernanza un concepto problemático en América Latina". Análisis de la Asamblea constituyente como dispositivo para re construir y problematizar la Gobernanza en interacción con el específico contexto latinoamericano, *Foro Latinoamericano sobre la Gobernanza*, Venezuela.
- JOVELL, A.J, et al, *¿El paciente a la universidad?* www.universidadpacientes.org, Formación Médica Continuada, 14, 6, 301-4, 2007.
- MAYNTZ, R. "Governance en el Estado moderno", *Revista Postdata*, Nro. 11, abril de 2006
- MEDICI, A, Sociedad civil trasnacional. Una introducción a su análisis. *Revista de Relaciones Internacionales*, UNLP, nro. 29, dic.2010.
-----,"La complejidad y tensiones de la sociedad civil en las negociaciones del ALCA: entre la participación reglada y la movilización contestataria", IRI; UNLP; 2012;
-----, "Globalización, crisis del estado de derecho y derechos humanos (inédito)-
- OFFE, Claus, "Algunas contradicciones del moderno Estado de Bienestar", en *Contradicciones en el Estado de Bienestar*, México, Alianza Universidad, 1988.
- OSTROMS, E. et al; Revisiting the commons: local lessons, global challenges, *Science*, vol. 284, 9 April 1999, pp 278-282.
- PASQUINO, GIANFRANCO "Gobernabilidad", en Norberto Bobbio et al., *Diccionario de Política*, (Segunda Edición, 1983), Suplemento, México, Siglo XXI, 1988, pp. 192-199
- SANTOS DE SOUSA, B, "El derecho, la política y lo subalterno en la globalización contrahegemónica, en SANTOS DE SOUZA Y RODRÍGUEZ GARAVITO eds, *El derecho y la globalización desde abajo*, Anthropos, UAM, Cuajimalpa, Barcelona, 2007.
- STOLKINER, A, "Atención primaria de la salud y salud mental: la articulación entre dos utopías", en Maceira, D, *Atención Primaria de la Salud*, Paidós, Tramas Sociales, 44, 2007, p. 139
- SUBIRATS, J, "Nous mecanismes participatius L democracia : promeses i amenaces", *Àmbits*, Nro 6, 1998.
SUBIRATS, J, *¿Existe sociedad civil en España?*, Madrid, Fundación Encuentro, 1999.

- TSAGANOURIOUS, Z, *Cyberdemocracy*, London, Routledge, 1998
- UGALDE, A, et al, "Las políticas de salud del Banco Mundial, una revisión crítica"; en *Cuadernos Médicos y Sociales* Nro 73, pp. 45-90.
- UNESCO, *Gobernabilidad electrónica*,
<http://portal.unesco.org/ci/en/files/14896/11412266495e-governance.pdf/e-governance.pdf>
- VAN PARIJS, Phillippe, *¿Qué es una sociedad justa?*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.
- WILKINSON, *The impact of inequality*, NY, THE NEw Press, 2005;
-----, *Desigualdad*; Turner Noema, 2009.