

INIQUIDAD Y DESIGUALDAD: LAS REFORMAS DE LA SALUD EN LOS ESTADOS PLURINACIONALES DE NUESTRA AMERICA

Lasso López, Raúl Arturo ¹

¹ Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales Ética y Filosofía Política. Universidad del Valle, Facultad de Salud Escuela de Salud Pública

RESUMEN

El presente trabajo, propone una reflexión sobre el derecho a la salud desde la plurinacionalidad en el marco de los Estados nuevos constitucionales de Nuestra América. Se trata de discutir algunas diferencias, similitudes y complementariedades en torno a las iniquidades y desigualdades en salud. Para el propósito de este artículo, se desarrollarán dos asuntos fundamentales: en primer lugar, cuales son los conceptos a tener en cuenta cuando abordamos las iniquidades en el marco de las desigualdades en salud y en segundo lugar, como aportar desde la crítica constructiva al replanteamiento del derecho a la salud desde el pensamiento con arraigo latinoamericano, teniendo como base las nuevas constitucionalidades en el marco de la plurinacionalidad.

Palabras claves: Iniquidades – salud – plurinacional

ABSTRACT

This exposition suggests a reflection about the right to have health viewed from the plurinationality of the new constitutional states of our America. It will be discussed some differences, similarities and complementarities about the health iniquities and inequalities. For the purpose of this article, two fundamental topics will be developed: in first place, the concepts we have to take account when we are going to talk about the iniquities in health inequalities, and in second place, how using a constructive criticism can contribute to the right for health, viewed from the Latino American thoughts, based on the new constitutionalities in the frame of plurinationalities.

Key words: Iniquities – health – plurinationalities

Citation: Lasso López R.A., (2016) Iniquidad y desigualdad: Las reformas de la salud en los estados plurinacionales de nuestra América, Revista de Salud Pública y Nutrición, 15(3), 35 - 43

Editor: Esteban G. Ramos Peña, Dr. CS., Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Salud Pública, Monterrey Nuevo León, México

Copyright: ©2016 Lasso López Raúl Arturo. This is an open-access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Email: arturolasso1@gmail.com

Introducción

La práctica voraz y absurda del poder representada en el colonialismo está íntimamente unida al proceso descolonizador. Esa voluntad descolonizadora es la que mantiene viva la esperanza de resolver paulatinamente las grandes dificultades presentadas por el colonialismo y la colonialidad. Así las cosas, y asumiendo que se requiere este cambio, teniendo en cuenta aquellas formas de dominación colonial y su perdurabilidad en el tiempo, permite repensar y re-actuar en cambios estructurales que conlleven a la idea de estados diferentes, que se visualizan en un intento de cambio, a través de la promulgación de nuevas constitucionalidades enmarcadas en lo que se traduce como estados plurinacionales.

Presentar una reflexión sobre el derecho a la Salud desde la plurinacionalidad en el marco de los Estados nuevos constitucionales de Nuestra América, permitirá discutir algunas diferencias, similitudes y complementariedades en torno a las iniquidades y desigualdades en salud. Se desarrollarán dos asuntos fundamentales: en primer lugar, cuales son los conceptos a tener en cuenta cuando abordamos las iniquidades en el marco de las desigualdades en salud y en segundo lugar, como aportar desde la crítica constructiva al replanteamiento del derecho a la salud desde el pensamiento con arraigo latinoamericano, teniendo como base las nuevas constitucionalidades en el marco de la plurinacionalidad.

Conceptos a tener en cuenta cuando se aborda las iniquidades en el marco de las desigualdades en salud.

Iniquidad / desigualdad en salud; diferencias, similitudes y complementariedades: indudablemente el contexto histórico de la salud ha definido el uso de estos dos conceptos, no obstante el hablar de ellos trae consigo, un redescubrimiento de los diferenciales socioeconómicos / políticos y territoriales de las condiciones de salud.

En Nuestra América llevamos más de 40 años hablando de eso (esto a través de la Salud Pública), concluyendo que ya es una realidad la promoción de los cambios hegemónicos tradicionales del pensamiento en salud, por tanto, este “nuevo paradigma” causa ruido para occidente, la existencia de diferenciales muy importantes entre distintas

comunidades, grupos sociales, la interpretación de equidad como sinónimo de igualdad y a su vez la traducción de un concepto de iniquidad que aún para muchas de nuestras instituciones de salud es manejado indistintamente como desigualdad/iniquidad, nos lleva a pensar que existen diferenciales, similitudes y complementariedades en los constructos de los conceptos.

El paso por una economía de la salud neoclásica, neoliberal y mercantilista genera tensiones para posicionar las nociones de iniquidad y desigualdad y paradójicamente es ahí, donde los dos enfoques inician un camino para su interpretación. Lo que originalmente se pensaba respecto a la iniquidad, eran las “diferencias innecesarias, evitables, injustas debida a la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos”, tema expuesto por la comisión de determinantes sociales de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2007), claramente se expresa un uso indistinto entre iniquidad y desigualdad. Por tanto, cuando nos referimos a equidad e igualdad deberíamos saber de qué estamos realmente hablando.

El termino desigualdad tiene dimensiones estadísticas numéricas (No siempre reflejan lo malo o lo bueno). El 60% de una población femenina ha tenido embarazos y el 40% de esa población no, afirmación que por sí sola evidencia una desigualdad que es fácilmente observable, sin embargo, como dato no ofrece más.

“Los gradientes de salud medidos en estadísticas no pueden ser descritos todos como iniquidades” (Benach y col., 2005), el termino Iniquidad tiene dimensiones políticas, éticas y morales (Se refiere a diferencias innecesarias y evitables, pero aún más, son consideradas arbitrarias e injustas), “para decir que hay iniquidad, la causa debe ser examinada y juzgada como injusta, dentro del contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad” (Huerta, S. L., 2010). La equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa para desarrollar el potencial de salud plena, más pragmáticamente, “ninguna persona debe estar en desventaja para alcanzar dicho potencial, cuando pueda ser evitada” (Whitehead, 1992).

Para lo anterior me permito presentar los siguientes ejemplos: de los 3 Mil Millones de la población

urbana del mundo, Mil millones viven en “Ciudades Escondidas”, es decir barrios pobres e invasiones, de estos 78% en países menos desarrollados y dentro de estos el 32% para América Latina y el Caribe, y tan solo 6%(54 millones de personas) en regiones consideradas desarrolladas (Organización Mundial de la Salud, 2010), se configura una clara Iniquidad por el solo hecho de estar en “ciudades escondidas”, en el marco que ofrece la desigualdad numérica observada.

A pesar de las mejoras en la salud mundial, aún se observan desigualdades importantes entre los países, “en el último siglo, la esperanza de vida para los niños europeos aumentó unos 30 años y continúa subiendo” (Willets y col., 2004). Entre 1970 y 2000, la esperanza de vida para los niños de Asia del Sur aumentó unos 13 años, mientras que, durante el mismo período, la esperanza de vida para los niños de África subsahariana aumentó unos 4 meses (Organización Mundial de la Salud, 2007).

Al analizar el párrafo anterior evidenciamos como sus autores, definen la relevancia de lo que está sucediendo en términos de categorizar el problema como una desigualdad, sin embargo profundizar en el tema de injusticia relacionada con lo demostrado en los datos, nos obligaría a avanzar más allá de los análisis que conducen los determinantes intermedios de la salud y ubicarnos en el marco de los determinantes estructurales de la misma. “Los organismos internacionales de salud centran su interés en la medición de las desigualdades de salud, sin el propósito de entrar a conocer ni transformar el origen de estas” (Feachem, R. G., 2000), paradójicamente, luego su esfuerzo se encamina a buscar financiación en la búsqueda de servicios de salud equitativos, recibiendo el aval de seguimiento a través de indicadores de gestión cuantitativos estadísticos, como si eso solucionara la verdadera situación de injusticia en salud, la verdadera situación de iniquidad.

¿Cuál es el estado actual?: permanentemente nos preguntamos, qué es lo que sirve para mejorar la salud de la comunidad y enfocamos todos los esfuerzos a resolver el dilema, sin embargo desenfocamos la verdadera pregunta ¿qué es lo que sirve para reducir las iniquidades en salud?

Existen bastantes pruebas de evaluación de intervenciones sobre los Determinantes Sociales de Salud intermediarios o proximales que sobre los determinantes estructurales o distales, a pesar de la importancia reconocida del abordaje de los determinantes estructurales (distales o río arriba) para reducir las iniquidades en salud, esto puede reflejar el hecho de que las intervenciones sobre los determinantes intermediarios (por ejemplo, las intervenciones de estilo de vida) son más fácilmente asociadas a los resultados y son más fáciles de identificar, implementar y evaluar. Por ende, “el mayor número de evaluaciones de Determinantes Sociales Intermediarios NO dice relación con la importancia de ellas, sino por la accesibilidad y factibilidad de desarrollar dichos estudios” (Bambra, C., y col., 2010).

La salud es el producto de miradas que reducen la realidad a cifras, adquiere una perspectiva unidimensional. “Leyes determinísticas e inmediatistas” (Breilh, J., 2012).

La salud sigue siendo comprendida y manejada aun por los gobiernos de “izquierda” como la ausencia de enfermedad en los individuos; en ese marco, las políticas y la noción de justicia se enfocan en superar la desigualdad de acceso a servicios curativos por tres motivos: a) porque es lo visible y que rinde en términos de legitimidad política; b) porque es lo que permite dar respuestas inmediatas a problemas muy sensibles para la colectividad; y c) porque responde al marco conceptual que se ha impuesto en la izquierda y en la derecha, en las universidades y núcleos técnicos del Estado, luego de décadas de hegemonía del modelo del aparato industrial fármaco-biomédico mediático. Desde esa perspectiva “el problema esencial es el resolver un acceso a los hospitales y servicios curativos para personas y medidas preventivas individuales” (Breilh, J., 2012).

A continuación se anexa el cuadro No.1 que explica la relación entre inequidades sociales de la salud desde diferentes perspectivas:

Cuadro No.1 Relaciones entre las inequidades sociales de la salud

Material	Cultural/ conductas	Psico-Social	Ciclo Vital (life course)	Economía Política
Ingresos individuales determina la dieta, la calidad de vivienda, polución ambiental, riesgos del trabajo	Diferencias en las creencias, normas y valores significa que individuos miembros de los grupos sociales más desventajados adoptan en menor medida conductas de abstenerse de fumar, beber de manera moderada y hacer ejercicio de manera regular	El estatus, el control y soporte social en el trabajo y la casa, sumado al balance entre esfuerzos y recompensas influyen la salud	Eventos y procesos que comienzan antes del nacimiento y durante la niñez pueden influenciar la salud física, la habilidad de mantenerse sano, y las circunstancias sociales se influncian una a otra todo el tiempo	Procesos políticos y distribución de poder afecta la provisión de servicios, calidad de los ambientes físicos que se vive y trabajo y las relaciones sociales presentes

Fuente: Health Inequality Mel Bartley. 2004.Theories, concepts and methods

El Vivir Bien – Buen Vivir / Aportes del estado plurinacional a las iniquidades en salud: el Buen Vivir surge como una categoría emergente de los pueblos Andinos y Amazónicos del Ecuador y Bolivia y se acoge como categoría en gran parte de los pueblos indígenas Latinoamericanos, buscando dar respuesta a la “diversidad de procesos en torno a la política, economía, desarrollo, medio ambiente, educación superior y salud entre otros” (Juncosa, 2014).

Esta categoría esta apropiada en su concepto político a los proyectos de planificación plurinacional, es decir, hace parte inclusiva en los proyectos de las constituciones de Bolivia y Ecuador y toma fuerza cuando es incluida en los debates como aporte discursivo operativo de las comunidades. Más allá del concepto como apropiación socio política, sus implicaciones están en la necesidad de abrir horizontes emancipadores del poder y de la fuerza como mecanismo para ejercerlo, por tanto, el Vivir bien o Buen vivir, incluirá reflexionar sobre las formas de participación democrática o democracia participativa que den cuenta de estados reales en el ámbito de relaciones de iniquidades que generen nuevas o diversas formas de producción y reproducción social y que entren en armonía con los preceptos de la vida misma. En este sentido hace parte de los constructos desde los valores democráticos que llevan a ostentar el poder y a plantear nuevas alternativas de su manejo que sin duda llegaran a impactar los conceptos de salud de las comunidades.

¿Que Implica la lucha contra la dominación civilizatoria?: en primer lugar implica comprender, analizar y evaluar aquellos aspectos relacionados con el fenómeno colonial, traducido este en múltiples formas de dominación, para avanzar a un proceso de lucha que nos permita visiones y horizontes de mirada hacia nuevos proyectos que tengan como sustrato nuestro referente de *Abya Yala* (América), repensar en presentes y futuros alternativos a partir de su antecedente histórico, y en consecuencia, como segundo paso, implica actuar, desde el cambio hacia el recuperar nuevos caminos, engranajes, prácticas, subjetividades, buscando la anhelada emancipación del saber, ser y del poder. Buscar caminos que orienten el constructo de la salud en términos de justicia social.

Para países como Bolivia (Asamblea constituyente de Bolivia, 2008) y Ecuador (Asamblea Constituyente de Ecuador, 1998) ha significado una lucha de transiciones políticas, económicas, sociales y culturales, para optar por un camino, entre otros aspectos nada fácil, en búsqueda permanente de un Estado Plurinacional Comunitario y Autónomico, que trae consigo un viraje a la transformación estructural del estado anterior, intentando para sí, un ejercicio pluralista de la democracia representativa comunitaria, esto supone a la vez ajustes a nuevas territorialidades en apego a lo definido en sus proyectos constituciones. Procesos adheridos a la categoría emergente del “buen vivir o vivir bien” como base fundamental para el cambio.

La concepción de estados nuevos constituyentes tiene sus orígenes en el mismo proceso colonizador y colonial, por tanto, no sería raro pensar que nació al mismo tiempo. No obstante tal precepto se agudiza y toma forma en el momento de entender que el estado moderno entro en crisis y la salud como fuente de justicia social sucumbe y acerca cada vez más los procesos de iniquidad, distanciando el derecho colectivo e individual a la salud, por tanto, nacen posibilidades en la construcción de alternativas de estado.

Aportes desde la crítica constructiva al replanteamiento del derecho a la salud desde el pensamiento con arraigo latinoamericano, nuevas constitucionalidades en el marco de la plurinacionalidad.

Avances hacia la pluralidad, plurinacionalidad y constitucionalidad: entender las nuevas constitucionalidades que recogen categorías de estados en condición de plurinacional permite abrir espacios de entendimiento hacia la imposibilidad para concebir la existencia de los estados nación. Su argumento en lo comunitario y la autonomía serán la base de su concepción.

Las nuevas constitucionalidades son fundadas con base en los conceptos de pluralidad, mismos que permiten abordar nuevas formas políticas, económicas, culturales, lingüísticas en aras de un proceso integrador país. Si analizamos un poco, solo para entender el concepto de Plurinacionalidad, podemos observar que Bolivia introdujo en la constitución anterior conceptos como: Estado libre, soberano, independiente, intercultural, democrático, sin embargo, sólo en la nueva carta, y a través de procesos reivindicatorios regionales, se pudo generar inclusión a la plurinacionalidad, entendiendo ésta como la posibilidad de descentralización y autonomía. Por tanto, los nuevos avances constitucionales se fundamentan en lo plurinacional, comunitario y autonómico de estos estados.

Se reconoce que la plurinacionalidad y pluriculturalidad no serán los únicos remedios para disolver los conflictos históricos o las relaciones de poder, no obstante “lo que estos países han aprendido es que su sobrevivencia como país requiere de la lealtad a una comunidad política más amplia, es decir

a un estado unitario y plural que aglutina y articula a todos” (Walsh, 2009).

Es decir, la concepción de Estado Plurinacional implicará para todas las comunidades (Sin distinción alguna) una forma de solicitar sus derechos a la salud desde las diferentes nacionalidades que representan en su país y esto afianza y ratifica los conceptos de interculturalidad y las necesidades de un pensamiento universal que salga del monoculturalismo en el cual fue anclado.

A continuación presento en el cuadro No. 2 los modelos de salud en Nuestra América y su realización con el derecho a la Salud (modelos de salud neoliberal hegemónico y el modelo garantista o contra hegemónico), así mismo en cuadro No. 3, el mapa regional de estas propuestas (Ministerio de Salud Pública República del Ecuador: Foro Nacional Transformación de Salud/2008).

Cuadro No.2 Modelos de Salud en Nuestra América y su relación con la realización del derecho a la salud

Elementos que destacan	Modelo Neoliberal (Modelo Hegemónico)	Modelo Garantista (Modelo Contrahegemónico)
Principios sobre los que se desarrolla	* Salud entendida como bien privado. * El mercado es quien regula y genera eficiencia y calidad en salud. * Operan los principios de competitividad, productividad, eficiencia financiera y libre elección.	* Salud entendida como derecho humano. * El Estado es el garante de dicho derecho. * Opera los principios de solidaridad, universalidad, equidad, gratuidad y eficiencia social.
Elementos centrales de su desarrollo	* Reducción del papel del Estado en la prestación de los servicios de salud y asignación de labores de vigilancia y control del mercado de servicios. * Cambio en los subsidios, de los de oferta a los de demanda. * Destinación de subsidios desde una política de focalización. * Se estructura a través de un modelo de aseguramiento, separando funciones de administración de las de prestación, incorporando con esto un actor cuyo papel principalmente es el de intermediario. * La financiación principal es por la vía de las cotizaciones de los trabajadores. * Ofrece un paquete básico de prestaciones. * El ciudadano debe demostrar capacidad de pago para el acceso a los servicios de salud.	* Importante el papel del Estado en la prestación de los servicios de salud y en la rectoría. * Se mantiene el subsidio a la oferta. * No requiere de subsidios, es universal. * Se estructura a través de una red de prestación de servicios, que tienen como base el modelo de Atención Primaria en Salud. * La financiación es por la vía de los impuestos generales y las cotizaciones de los trabajadores, que van a un fondo común para luego ser redistribuido. * Se ofrece un paquete de prestaciones amplio. * El ciudadano accede a los servicios de salud por su simple condición de ciudadano, no debe demostrar capacidad de pago.

Fuente: Ministerio de Salud Pública República del Ecuador: Foro Nacional Transformación de Salud/2008

Cuadro No. 3 Mapa regional de las propuestas hegemónicas y contrahegemónicas en salud

País	Modelo de Salud	Característica de la Propuesta
Cuba	SNS	APS - Medicina Familiar Integral
Brasil	SUS	Medicina Familiar
Venezuela	SNS	Barrio Adentro - APS
Uruguay	SNS	APS
Bolivia	SNS	APS - Salud indígena
Ecuador	SNS	APS
Canadá	SNS- Seguridad Social	Promoción de la Salud y Medicina Integral
Costa Rica	Seguridad Social en Salud	APS - Medicina Familiar Integral
México	Neoliberal, con ejercicios locales progresistas (D.F.)	Modelo de seguridad social para grupos en condiciones de vulnerabilidad. Programa de Servicios médicos y medicamentos gratuitos. Pensión universal mayores de 70 años.
Colombia	Neoliberal, con ejercicios locales progresistas (Bogotá, Valle,...)	Post Reforma (Proyecto de Ley) APS
Argentina	Neoliberal, con ejercicios locales progresistas (Rosario, Formosa y Córdoba)	APS - Salud Comunitaria. Laboratorio de Especialidades Medicinales
Chile	Sistema mixto	Post reforma: Plan AUGE (afinamiento en la clasificación de los subsidios y en el paquete de beneficios)

SNS: Sistema Nacional de Salud; SUS: Sistema único en Salud; APS: Atención Primaria en Salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública República del Ecuador: Foro Nacional Transformación de Salud/2008

¿Contribuye el Estado Plurinacional a la decolonialidad del poder y en consecuencia a la mejora del derecho a la salud?: Incluir en las cartas constitucionales la plurinacionalidad implica ratificar fuertemente los proyectos de decolonialidad del poder, por cuanto, la expresión está fundada en garantizar la libre determinación en el marco de unidad que le proporciona el estado y que hace consistencia en los derechos de autonomía, autogobierno, cultura, reconocimiento de nuevas instituciones e inclusión de sus entidades territoriales y es así que la plurinacionalidad incluida en las nuevas cartas constitucionales se convierten en los caminos iniciales a la decolonialidad del poder.

La plurinacionalidad implica reconocer arraigos ancestrales a las naciones y les confiere unos dominios sobre sus territorios, libres determinaciones, derechos a la autonomía y a su autogobierno en los marcos claros y precisos de la diversidad.

Esto hace que se aleje cada vez más de los estados dominantes centralizados, cuyo fundamento mayor se sustenta en el poder a través de la fuerza. Por supuesto que el argumento que incluyo, no cobra vida sino existen replanteamientos desde las leyes fundamentales que armonizan estos nuevos estados y la práctica del hombre está decidida y comprometida al cambio. Repensar que las naciones de un mismo país adquieren esos derechos perdidos (saber, ser y del poder), exige pensar, que otros factores como la interculturalidad (resumida esta como todas las poblaciones y comunidades demográficas de un país) entraran como una categoría que emerge para descentralizar los estados modernos y refundar estados que promuevan el pluralismo institucional. “Constitucionalizar las nuevas formas de estado permite pensar que los procesos decolonizadores no son sólo hacia la cultura, instituciones, relaciones entre comunidades, sino que implica profundas transformaciones que permitan decolonizar el poder”(De Sousa Santos, B., 2010), incluyendo los rezagos del poder en “transición” de estos procesos.

Entender los estados plurinacionales como un proceso de transformación pluralista del mismo estado, instituciones y política en salud va más allá de entender que el proceso se llevará a cabo sólo con la estructuración y redefinición de nuevas cartas constitucionales, sin lugar a dudas es el primer y gran

paso a la decolonialidad del poder, pero escrita, sólo visualiza lo normativo del proceso, sin embargo, el reto más grande está en entender y en-rutar un camino desde el mismo proceso pluralista que permita interpretar esa nueva constitución como un instrumento para la acción humana desde lo institucional, en términos de justicia social en salud que permita avanzar a procesos que evidencien una segunda fase hacia la decolonialidad del poder.

Lecturas e interpretaciones reducidas, en ambientes reducidos, de las intenciones que trae consolidar estados plurinacionales, retardan los proyectos de decolonización del poder y dan cuenta de esta manera de formas híbridas en el marco de un proceso que persigue un cambio dentro de la diversidad. Quizá sea el mayor reto de los estados plurinacionales para aportar a la decolonialidad del poder y en consecuencia aportar desde la decolonialidad del ser y del saber al derecho a la salud como fundamento inalienable al individuo y a su comunidad.

¿Cómo avanzamos hacia la garantía del derecho a la salud?: ya la comisión de determinantes sociales de la salud expreso en varios de sus artículos como la justicia social se transformaba en una cuestión de vida o muerte, es por esto que recojo los postulados presentados en el primer encuentro latinoamericano de Salud Pública Realizado en octubre del año pasado en la ciudad de Cali, en los siguientes términos:

Pacto social por una política social amplia y redistributiva, ver la salud como un proceso de equidad y en consecuencia de justicia social

Construcción de la participación popular plena, en sentido amplio “comunitaria”

Gran acuerdo institucional donde el interés general –la salud de la población prevalezca sobre los intereses particulares (Refundar los estados).

Incremento programado y sostenido de recursos públicos invertidos en el sistema público

Inversión planificada en infraestructura de salud con máxima prioridad para los estados o

regiones más rezagadas con recursos suficientes para operar

Construir desde “abajo hacia arriba” con redes de servicios.

Eliminación del gasto superfluo y la corrupción.

Innovación institucional sobre la base de su fortalecimiento, la transparencia, alineación de los procesos de atención y administrativos.

Creación de una nueva cultura institucional.

Conclusiones

La equidad en salud implica que todos deben tener una oportunidad justa para desarrollar el potencial de salud plena “Ninguna persona debe estar en desventaja para alcanzar dicho potencial”, cuando puede ser evitada.

La iniquidad sanitaria es la injusticia prevenible (juicios de valor, donde hay consideraciones políticas, éticas y morales), es decir, la iniquidad mide lo justo o lo injusto de una desigualdad.

Intervenir los determinantes de la salud estructurales implica el desarrollo de intervenciones que modifican la distribución del poder en la sociedad, se necesita de una nueva constitucionalidad, o al menos repensar en el actuar.

El vivir bien / buen vivir como objetivo fundamental contribuye a desarrollar sistemas de salud no para el mercado, sino para la salud de la comunidad.

Fortalecer la visión plurinacional permite repensar políticas y nuevos sistemas de salud, públicos y universales, como parte de la lucha por transformar las comunidades.

Si lo que se pretende es disminuir la iniquidad sanitaria y no sólo combatir las desigualdades en salud, debe reconocerse el marco de los estados plurinacionales no como un fin, sino como el medio, donde prevalece el factor social.

Referencias

- Asamblea constituyente de Bolivia (2008). Nueva Constitución Política del Estado, Congreso Nacional. Disponible en: <http://www.justicia.gob.bo>
https://www.google.com.mx/url?sa=t&rcet=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewiG5NnnpeXPAhUL74MKHV5AakQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.justicia.gob.bo%2Findex.php%2Fnormas%2Fdoc_download%2F35-nueva-constitucion-politica-del-estado&usq=AFQjCNFKtkb1ljcbWpqsu0psyzPnjWJ-og&sig2=OLotjodF6FFq4LobwMNvyA
- Asamblea Constituyente de Ecuador (1998). Constitución Política del Ecuador. Disponible en: <http://www.historia.ec/1/marzo/consti.htm>
- Bambra, C., Joyce, K. E., Bellis, M. A., Greatley, A., Greengross, S., Hughes, S. & Maryon-Davis, A. (2010). Reducing health inequalities in priority public health conditions: using rapid review to develop proposals for evidence-based policy. *Journal of public health*, fdq028.
- Benach, J y C. Muntaner, (2005). “Diferencia no es desigualdad”. En: *Aprender a mirar la Salud*. España: El viejo Topo, 15-20.
- Breilh, J. (2012). Breves notas acerca de la salud y las políticas debidas. http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3582/1/Breilh_%20J-CON-230-Breves%20notas%20acerca.pdf
- Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation (2007): health equity through action on the social determinants of health. monograph on Internet Geneva: World Health Organization.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional. World Health Organization.
- De Sousa Santos, B. (2010). Refundación del Estado en América Latina: perspectivas desde una epistemología del Sur. Plural editores.
- Feachem, R. G. (2000). Poverty and inequity: a proper focus for the new century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 1-2.
- Huerta, S. L. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigación y Ciencia*, 18(48), 52-55.
- Juncosa, J. (2014). Buen Vivir, relacionalidad y disciplina desde el pensamiento de Lewis Gordon y Martin Nakata. *Pistas epistémicas decoloniales para la educación superior*. Alteridad, 9(1), 19-34.
- Laurell, A. C. (2014). Primer encuentro latinoamericano de Salud Pública. Cali, Colombia.
- Ministerio de Salud Pública República del Ecuador. (2008). Foro Nacional Transformación de Salud. Disponible en: http://www.rimais.net/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15&Itemid=2.
- Walsh, Catherine. (2009). “Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (DE) Coloniales de nuestra época. En *Universidad Andina Simón Bolívar*. Abya Yala. Pp: 112.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.
- WHO and UN Habitat. (2010). Hidden Cities UNICEF. (2012). *Children in an Urban World*.
- Willems, R. C., Gallop, A. P., Leandro, P. A., Lu, J. L. C., Macdonald, A. S., Miller, K. A., & Waters, H. R. (2004). Longevity in the 21st century. *British Actuarial Journal*, 10(04), 685-832.