

El conocimiento popular en el campo de la salud: un análisis desde la perspectiva crítica decolonial

Popular Knowledge in the Field of Health: Decolonial Analysis

Luis Vivero Arriagada^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-6459-1386>

¹Universidad Católica de Temuco. Temuco, Chile.

*Autor para la correspondencia: luisvive@gmail.com

RESUMEN

Los equipos de salud no siempre reconocen como conocimiento al saber popular y en el ámbito de la salud primaria, particularmente la familiar, es fundamental su articulación con la racionalidad científica. Con la información de la literatura consultada, se estableció un debate desde una perspectiva decolonial (hermenéutica crítica) para analizar los elementos que denotan la presencia hegemónica de la racionalidad occidental moderna en el campo de la salud, con énfasis en el papel del conocimiento popular como su contradiscurso epistémico y político, su antítesis y, propio sustento paradigmático y metodológico, aplicados en las acciones. La comprensión de los aportes de los marcos teóricos articulados con la experiencia práctica y académica permitió una apreciación contrapuesta a la postura subalterna del conocimiento y la cultura popular acerca de la salud, conocer que las bases estructurales del poder en las relaciones del campo de la salud responden a las dinámicas propias de la colonialidad del saber científico y son expresión del legado histórico de la conquista en nuestras tierras.

Palabras clave: colonialidad del saber; conocimiento popular; saber científico; atención primaria de salud; salud familiar.

ABSTRACT

Health teams do not always recognize popular knowledge as knowledge and in the field of primary health, particularly family health, its articulation with scientific rationality is

fundamental. A debate is established from a critical hermeneutic perspective to unveil the elements that denote the hegemonic presence of modern Western rationality in the field of health, with emphasis on the role of popular knowledge as its epistemic and political counterdiscourse, its antithesis, and its own paradigmatic and methodological support applied in the actions. The understanding of the contributions of the theoretical frameworks from an articulation with the practical and academic experience allows an appreciation opposed to the subaltern position that has suffered the knowledge and popular culture about health, and to know that the structural bases of power in the relations of the field of health respond to the dynamics of the coloniality of scientific knowledge, and they are an expression of the historical legacy of the conquest in our lands.

Keywords: coloniality of knowledge; popular knowledge; scientific knowledge; primary health care, family health.

Recibido: 12/12/2017

Aceptado: 10/09/2018

Introducción

En este artículo se establece una reflexión en el campo del pensamiento decolonial crítico latinoamericano que se sustenta como un ejercicio praxiológico, donde los saberes populares nutren la praxis contrahegemónica desde la subalteridad.^(1,2) Además, aporta al sustento teórico de dichas corrientes de pensamiento las referencias de otras tradiciones de conocimientos.

En el campo de la salud, estas tensiones epistemológicas e, incluso, estrictamente prácticas, como el conocimiento (saber o sabiduría) popular, tienen expresiones materiales e intersubjetivas que se expresan en las dinámicas cotidianas y las relaciones al interior de los equipos de profesionales y no profesionales. De igual forma, estas se manifiestan en la interacción con las personas que acuden a recibir la atención de salud o en la vinculación con los actores comunitarios. Por su parte, la praxis, algo mucho más complejo que una simple actividad pragmática como extensión de la conciencia,^(3,4,5,6,7) daría cuenta de las dimensiones ideológicas y materiales que configuran las prácticas cotidianas en el campo de la salud.

El marco epistemológico y metodológico se aborda, fundamentalmente, desde una perspectiva hermenéutica crítica^(8,9,10,11,12) a partir de la revisión y análisis^(11,13) de los distintos documentos y aportes sobre las reformas implementadas en el campo de la salud desde fines del siglo recién pasado.^(14,15,16,17) Luego, su articulación con los aportes teórico-conceptuales desde la perspectiva del pensamiento crítico latinoamericano permite nutrir de significados el conocimiento generado como expresión dialéctica y simbólica de la totalidad histórica.^(4,7,8,10,18,19)

El objetivo analizar los elementos que denotan la presencia hegemónica de la racionalidad occidental moderna en el campo de la salud, con énfasis en el papel del conocimiento popular como su contradiscurso epistémico y político, su antítesis y, propio sustento paradigmático y metodológico, aplicados en las acciones.

La colonialidad del poder: pensar como ellos para hacer como ellos

Las bases estructurales del poder, que se manifiestan tanto en las relaciones al interior del campo de la salud como en su interacción con el medio societal,^(20,21) responden a las dinámicas propias de la colonialidad del poder.⁽²⁾ Por lo tanto, la colonialidad del saber se expresa como una epistemología hegemónica^(22,23,24) que impone como el único saber verdadero al que se sostiene desde la matriz del conocimiento racional-empirista moderno. Por el contrario, el saber popular representa un contradiscurso epistemológico porque desafía el conocimiento que las élites dominantes han definido como científico y se basa en una epistemología diferente de la impuesta por la colonialidad del saber occidental moderno.^(22,23,24)

Para generar este debate, se considera necesario establecer como punto de inflexión la colonialidad de poder y la colonialidad del saber.^(2,3) De esta manera, es posible, ante todo, reconocer la inexistencia de un modo de pensar neutral, y, en segundo término, que este modo de pensar construye sus propias dimensiones en lo epistemológico, ontológico y praxiológico. Al respecto, *Sánchez* señala:

El hombre común y corriente es un ser social e histórico; es decir: se halla inmerso en una malla de relaciones sociales, y enraizado en un determinado suelo histórico. Su propia cotidianeidad se halla condicionada histórica y socialmente, y lo mismo puede decirse de la visión que tiene de la propia actividad práctica.⁽⁴⁾

De esta manera, tenemos una forma de pensar históricamente determinada, impuesta como verdadera y válida en perjuicio de otras que han sido negadas. ¿Cuál es ese pensar que domina el ser y el hacer en el campo de la salud? Por lo anterior, se supone la existencia de un modo de pensar y hacer en el campo de la salud que ha sido hegemonizado por la racionalidad occidental moderna, cuyos orígenes se deben al proceso de conquista y colonización. Desde entonces, la modernidad y la racionalidad fueron consideradas como experiencias y productos exclusivamente europeos e impuestas como la forma válida (civilizada) de ser y de hacer.^(1,2,5,6,2,25)

La colonialidad del saber está constituida como hegemonía epistémica, que crea fronteras del conocimiento,^(2,3,23,24,25) es decir, considera ciertos conocimientos y prácticas como legítimos o no, modos de ser civilizados o propios de la barbarie para imponerse. De esta forma, la visión del mundo occidental y las relaciones binarias, salud/enfermedad o médico/paciente, son concebidas y resueltas desde la lógica del poder del que posee el saber científico.^(26,27,28,29)

El pensamiento occidental moderno eurocentrado construye un discurso en el cual se autodefine como lo más elevado del estadio histórico civilizatorio.^(1,2,30,31) El tema en cuestión no es que los europeos hayan construido un imaginario, sino que hayan sido capaces de difundir y establecer esa perspectiva histórica como hegemónica dentro del nuevo universo intersubjetivo del patrón mundial de poder.^(2,29,30)

De acuerdo con lo anterior, es ilustrativo el siguiente argumento:

Desde la experiencia de esta ‘centralidad’ conseguida con violencia, el europeo comienza a considerarse como un ‘Yo’ constituyente. Es el nacimiento de la historia de la subjetividad moderna, del ‘eurocentrismo’. La ‘centralidad’ europea en la historia mundial es la determinación esencial de la modernidad.⁽¹⁾

¿Cómo opera ese modo de pensar y de hacer en el campo de la salud? ¿Son los sujetos populares reconocidos como los actores que pueden aportar al campo de la salud? ¿Podrían llegar a ser validados en el campo de la salud el saber popular y sus formas de pensar y hacer?

Al tomarse como verdadero un modo de pensar exógeno, el imaginario autóctono originario se transforma, invisibiliza y anula a partir de la visión del mundo de los pensadores occidentales que impusieron la racionalidad moderna occidental. Por lo tanto, en el campo

de la salud, como espacio de poder,^(20,26,27) este proceso se articula sobre la base de un discurso epistémico hegemónico (conocimiento científico como fuente de verdad). Este conocimiento científico opera como estructura institucionalizada de poder (reglas políticas). Así, mediante la hegemonización de la racionalidad eurocéntrica, el cuerpo fue fijado como objeto de conocimiento y de control, fuera del entorno del sujeto mismo.^(26,27,28) En gran medida, lo que se manifiesta es la subjetivación del poder, en que “todas las culturas y sociedades del mundo son reducidas a ser manifestaciones de la historia y la cultura europea”.⁽³⁰⁾

La diada poder-saber en el campo de la salud, como espacio de poder,^(20,21,26,27,28) se constituye y articula sobre la base del conocimiento científico como fuente absoluta de verdad, mediante un discurso epistémico hegemónico que opera como estructura de poder institucionalizado (reglas políticas), y constituye una dialéctica que justifica y permite mantener y reproducir ese ejercicio del poder. Se enfrentan los que tienen con los que no tienen el conocimiento y, en consecuencia, los poseedores contra los no poseedores de la verdad. Por lo tanto, el desafío epistemológico y político consiste en abrirse a nuevos conocimientos, otros campos del saber y formas de relaciones que permitan la democratización del conocimiento y del ejercicio del poder.^(9,24,25,31,32)

Lo epistémico-político en el campo de la salud

Los espacios de participación de la llamada sociedad civil actual se han materializado en la generación de condiciones institucionales.^(31,32,33,34,35) Al respecto, en el año 2016, el Ministerio de Salud (MINSAL) se planteó como objetivo institucionalizar las prácticas regulares de inclusión de la ciudadanía, en sintonía con lo ratificado en la Ley sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.⁽³⁵⁾ En dicha ley, la acción de los actores sociales tiene más que ver con una función de carácter instrumental, que valida ciertos procesos políticos, técnicos y de gestión administrativa, que con ser un actor que aporte desde su propia episteme o praxis histórica.^(1,4,5)

Las Organizaciones Mundial de la Salud (OMS) y Panamericana de la Salud (OPS),^(36,37,38) desde fines del siglo XX evidenciaron la necesidad de fortalecer el diálogo entre los agentes de la salud y los sectores populares; por ejemplo, la Declaración de Yakarta, ratificada por los estados miembros de la OMS, plantea el compromiso de “adoptar una estrategia mundial de salud para todos y observar los principios de atención primaria de salud establecidos en la Declaración de Alma-Ata”.⁽³⁶⁾ Además que, “sobre todo, la pobreza es la mayor amenaza

para la salud”. En esa misma línea, el proyecto “Actuando Unidos Para la Salud”⁽³⁷⁾ hace un gran aporte, al destacar la importancia de una concepción comunitaria de las acciones de salud.

En cuanto a las estrategias en el campo de la promoción de salud, se plantea que es necesario “estimular el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de salud y articulación de redes”.⁽³⁸⁾ Es decir, se parte del supuesto de que desde los equipos de salud se deben hacer los esfuerzos o diseñar las estrategias para generar organización social. Es decir, se fortalece la organización social bajo los conceptos y los objetivos definidos desde el campo de la salud,⁽³⁹⁾ que ha sido denominado como la instrumentalización de la participación. Esto pone en evidencia que, lejos de tener una connotación negativa, no hay una relación simétrica en las relaciones de poder que se pueden generar entre los equipos de salud y los actores sociales locales, ni tampoco en los saberes que estos últimos han construido en su experiencia cotidiana.

Lo señalado en el párrafo anterior se observa en la forma de entender y articular las estrategias de promoción de salud. Al respecto *Salinas* y *Vio* afirman que:

Desde el ámbito de la promoción de salud se ha impulsado la constitución de distintos espacios asociativos y canales de participación, como, por ejemplo, organizaciones de autoayuda, voluntariado y organizaciones sociales de salud, así como los Comités VIDA CHILE Comunal y el Programa Salud con la Gente, que aglutina cerca de 2000 organizaciones comunitarias. Uno de los desafíos importantes es mejorar la calidad de la participación mediante la ampliación de los programas y el incentivo para la constitución de redes de apoyo social con el apoyo de la familia, los amigos y la comunidad, que se asocian con mejor salud.⁽¹⁵⁾

El riesgo está en que la participación sea comprendida y abordada únicamente desde una racionalidad instrumental,⁽⁴⁰⁾ por ende, los agentes externos al sistema de salud sólo cumplirían la función de validar decisiones tomadas desde una lógica tecnocrática instrumental. En consecuencia, pueden no ser reconocidos o valorados los otros saberes (nivel epistemológico), ni democratizados los espacios de toma de decisiones que generarían esa deseada ecología de saberes,^(22,23) y ser otro modo de imponer la racionalidad y la práctica instrumental, que se materializan y subjetivan en la colonialidad del saber y del poder.^(2,22,41)

En el ámbito de las reformas que desde principios del presente siglo se implementan en el sistema de salud de Chile, se incorpora una perspectiva biopsicosocial con énfasis en los derechos humanos.^(14,15,39) Sin perjuicio de reconocer el significativo avance respecto del modelo biomédico, esta perspectiva aún no logra articular un proceso de participación de los actores sociales con mayor simetría.^(14,16,36) Se requiere reconocer y valorar los propios saberes del actor social hasta implicar su participación, de modo que contribuya a dignificar “su condición de ciudadanos y poniéndolos en el centro de las políticas públicas”.⁽¹⁴⁾ Esto requiere de un cambio cultural y moral, sin duda, un gran desafío para la sociedad en general, más allá de la sola declaración de intenciones en el marco de una política pública.

Conocimiento popular y conocimiento científico: lo epistemológico y lo práctico

El conocimiento popular, representa un contradiscurso epistemológico, pues desafía el conocimiento que el campo intelectual ha definido como científico.^(2,3,22,41,42) Por lo tanto, se basa en una epistemología diferente de la impuesta por la colonialidad del saber occidental moderno.

Predominio del conocimiento técnico

Si se asume que hay ciertas formas de saber y de hacer, reconocidas en un estatus superior respecto de otros saberes, la racionalidad tecnocientífica sería la dominante en el campo de la salud. Por lo tanto, se podría decir, que se trata de un dominio de la racionalidad cognitivo instrumental de la ciencia.^(22,41,42) En consecuencia, el agente de salud (profesional o no), en su interacción con los otros tipos de conocimientos, se muestra crítico o contrario a ciertas prácticas socioculturales cotidianas, sobre todo, para enfrentar la dualidad salud/enfermedad. Entonces, en virtud del conocimiento científico que maneja el equipo de salud, este tiende a ubicarlo en una posición de superioridad en relación con quienes están en otro paradigma del conocimiento. Esto se traduce en la reproducción de la colonialidad del poder moderno occidental que opera con una racionalidad cognitivo-instrumental, donde el conocimiento dominante es el técnico-científico de raíz positivista, particularmente crítico ante las formas en las que el saber popular comprende y enfrenta la dialéctica salud/enfermedad.

En palabras de Freire, “la formación técnico-científica no es antagónica con la formación humanista de los hombres”.^(5,6) Por el contrario, debe ser un espacio complementario en favor

de la construcción de una sociedad más justa. Sin embargo, la lógica de la colonialidad del saber no admite un proceso de aprehensión de los otros saberes porque no reconoce la posesión de conocimientos en el otro, aunque sean distintos de los que se sustentan, en este caso, desde la racionalidad científica moderna.^(5,24,25) En consecuencia, bajo esta lógica, el agente de salud es el que sabe, quien enseña y nada debe aprender de la supuesta carencia de conocimientos válidos de los actores comunitarios. En otros casos, se opera desde una visión mesiánica asistencial, pero ello, como bien dice *Freire*, “es una forma de acción que roba al hombre condiciones para el logro de una de las necesidades fundamentales de su alma: la responsabilidad”.⁽²⁵⁾

La ciencia positivista occidental moderna coloniza los otros saberes y subvalora aquellos que se construyen al margen de las leyes impuestas por la ciencia moderna.^(33,34,35) El conocimiento llamado vulgar, creado por sujetos individuales o colectivos, pierde valor ante la mirada inquisidora de la ciencia. Esos saberes que dan sentido a las prácticas cotidianas no siempre pueden llegar a ser reconocidos por la ciencia, más bien esta se obstina en considerarlos como irrelevantes, ilusorios y falsos.⁽⁴¹⁾ En un sentido ontológico, para la ciencia racional moderna, estos saberes populares no llegan a tener existencia como conocimiento, salvo en una valoración folclorizada de estos.^(33,40) Por otro lado, el sujeto popular, por su experiencia histórica de opresión, ingenuidad o impotencia, acepta la práctica y el conocimiento de esa otra cultura. Incluso, dentro del mismo sistema de salud, existe una jerarquía en donde algunos se ubican en el sitio de honor que les da el conocimiento científico, por ejemplo, cierto tipo de especialidades profesionales.⁽³¹⁾ En este caso, solo es permitida la crítica dentro de los “iguales”.⁽²⁸⁾

Para provocar el debate, fueron formuladas las siguientes preguntas: ¿es posible que los sectores llamados subalternos, con sus saberes populares y sus prácticas socioculturales particulares, puedan incidir en las decisiones en la dialéctica salud/enfermedad? ¿Qué cambios deberían impulsarse en el campo de la salud para permitir un reencuentro y la valoración del conocimiento popular como primaria y esencial en las prácticas de cuidados de la salud?

Respecto a las miradas escépticas ante el conocimiento popular de los actores locales, se sostiene que si a la gran mayoría popular les falta una comprensión más crítica del modo en que funciona la sociedad, no es porque sean naturalmente incapaces, sino por causa de las condiciones precarias en las que sobreviven y porque hace mucho que se les prohíbe saber.⁽⁵⁾ Son esas condiciones las que limitan su capacidad de mirar críticamente el mundo, los

espacios y las formas de aprender, y el reconocerse a partir de sus propios saberes, su historia y su cultura como actores protagonistas de su historia.

Ante los temores de involucrar a otros sujetos en un campo considerado exclusivo de quienes tienen una formación tecnocientífica, se hace necesario abrir el diálogo de saberes.^(31,34) Si no se parte del reconocimiento del otro como un igual y, por lo tanto, la consciencia de que en ambos actores hay saberes, como también, necesidades por nuevas formas de conocer y saber, es poco posible la construcción de una relación democrática fundada en una relación dialógica e intercultural.

El lugar del conocimiento popular

El conocimiento popular se basa en una episteme distinta de la impuesta por la racionalidad occidental que se sustenta en la colonialidad del poder, y se valida en el campo subalterno de la contracultura, las prácticas contrahegemónicas y de resistencia, de los espacios colectivos, comunitarios y sociofamiliares.^(31,32,33,34,41) Sin embargo, es, ante todo, un conocimiento dialógico, democrático, solidario, inspirado y reforzado por la fe de las personas en sus propios saberes y experiencias. Esta lógica tiene mucho sentido con lo que fue presentado por *Freire* en su propuesta de educación liberadora, porque los saberes populares son, ante todo, espacios socioeducativos.^(5,6,24,25)

El conocimiento popular permite la construcción dialógica de espacios de aprendizajes y reproducción de saberes, de prácticas y estrategias comunitarias solidarias. Estos procesos socioeducativos superan la práctica autoritaria del saber especializado y la contradicción educador-educando, impuestos por la racionalidad científica, porque “se fundan en la conciliación de sus polos, de tal manera que ambos se hagan, simultáneamente, educadores y educados”.⁽⁵⁾

Los distintos actores que se relacionan en el campo de la salud deben reconocerse mutuamente como constructores de ese proceso educativo, porque afecta su cotidianidad y existencia como seres históricos. “Sin esta fe en los hombres, el diálogo es una farsa o, en la mejor de las hipótesis, se transforma en manipulación paternalista”.⁽⁵⁾ Es necesario avanzar en la superación de las barreras disciplinarias que favorezca un encuentro entre saberes, profundamente humanizador y democrático.

Consideraciones finales

Si se busca un nuevo tipo de relaciones entre los agentes de la salud y los actores sociales, las interacciones que se articulan entre ellos requieren un punto de partida distinto del que impone la racionalidad tecnocientífica. Aquí, se requiere la suficiente humildad que permita reconocer otros saberes tan válidos y necesarios como aquellos que se fundamentan en la racionalidad de la ciencia occidental moderna.

Los procesos socioeducativos articulados por los agentes de salud deben partir por una comprensión crítica de la comprensión de la cultura, los conocimientos, y, la cotidianidad del mundo popular y de su propia práctica.

Al reconocerse los saberes populares, los sujetos son considerados en su totalidad, con sus prácticas culturales, experiencias, limitaciones e inquietudes. En consecuencia, se pueden superar las fronteras de lo estrictamente científico positivista, para de esta forma transitar hacia una práctica de la salud, humanista crítica y decolonial. Lo intercultural y los saberes populares serían parte constitutiva de una praxis del reconocimiento y valoración de todos los saberes.

Por lo tanto, se plantea que el reconocimiento y la valoración de los saberes populares tienen un carácter epistémico y político. La promoción de la salud, desde una perspectiva descolonizada, que reconozca y valore el saber popular, como otras diversas formas de conocer y actuar en la relación salud/enfermedad, contribuiría a mejorar las condiciones de salud, pues, cada sujeto, desde su experiencia histórica y cultural, se transforma en agente activo de sus procesos de vida. En definitiva, este paradigma, tiene como *ethos*, la emancipación de los seres humanos en favor de una sociedad más justa.

Referencias bibliográficas

1. Dussel E. Filosofía de la liberación. México, D.F: Fondo De Cultura Económica; 2011.
2. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América latina. En: Edgardo Lander (coord): La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires, CLACSO; 2000. p. 201-46.
3. Lander E. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas. Buenos Aires, Argentina: CLACSO; 2000.
4. Sánchez A. Filosofía de la praxis. Primera Edición. Argentina: Siglo XXI; 2003.

5. Freire P. Pedagogía del oprimido. Argentina: Siglo XXI; 2006.
6. Freire P. Política y educación. México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores; 1996.
7. Sánchez Vázquez A. De Marx al marxismo en América Latina. México, D.F.; [Puebla]: Editorial Itaca; Facultad de Filosofía de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 1999.
8. Canales M. Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios. Chile: LOM; 2006.
9. Canales M, editor. Investigación social: lenguajes del diseño. Primera edición. Santiago, Chile: LOM Ediciones (Sociología. Ciencias Humanas): Universidad de Chile; 2013. 277 p.
10. Canales Cerón M, Huerta-Mercado A, Araujo K, editores. Escucha de la escucha: análisis e interpretación en la investigación cualitativa. Santiago: LOM Ediciones (Colección Ciencias humanas); 2014. 352 p.
11. Schutz A. Estudios sobre teoría social: escritos II. Buenos Aires: Amorrortu; 1974. 277 p.
12. Echeverría R. El Búho de Minerva. Chile: Dolmen Ediciones; 1997.
13. Gadamer HG. Verdad y método. Salamanca: Sígueme; 1991.
14. Drago M. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. Comisión Económica Para América Latina y El Caribe CEPAL. 2006 [acceso 26/03/2017];(121). Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6124-la-reforma-al-sistema-salud-chileno-la-perspectiva-derechos-humanos>
15. Salinas J, Vio F. Promoción de la salud en Chile. Revista Chilena Nutrición. 2002 [acceso 17/08/2017];29(1):164-73. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0717-75182002029100001>
16. Méndez C, Venegas J. La participación social en salud: El desafío de Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010 [acceso 17/08/2017];27(2). Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf>
17. MINSAL. Participación ciudadana en atención primaria. Un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y la satisfacción usuaria. Santiago, Chile. Subsecretaria de redes asistenciales división de atención primaria. 2016 [acceso 12/06/2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/2_PARTICIPACION-CIUDADANA-APS.pdf
18. Pérez C. Sobre un concepto histórico de la ciencia. Santiago: LOM Ediciones; 1998.
19. Lukács G. Historia y conciencia de clases. Argentina: Editorial R y R; 2013.

20. Bourdieu P. Capital cultural, escuela y espacio social. Argentina: Siglo XXI; 2003.
21. Bourdieu P, Wacquant L. Una invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores; 2005.
22. Santos. Crítica de la razón indolente: contra el desperdicio de la experiencia. Barcelona: Descleé de Brouwer S. A.; 2003.
23. Santos BS. Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. México, Buenos Aires: Siglo XXI; Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Sociología y política; 2009 p. 368.
24. Freire P. Pedagogía de la esperanza. Un reencuentro con la Pedagogía del Oprimido. Argentina: Siglo XXI; 2002.
25. Freire P. La educación como práctica de la libertad. Argentina: Siglo XXI; 2004.
26. Foucault M. La vida de los hombres infames. Argentina: Editorial Altamira; 2002.
27. Foucault M. Micro física del poder. Madrid: La Piqueta; 1992.
28. Foucault M. La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación. La Plata, Argentina: Altamira; 1996.
29. Galeano E. Las venas abiertas de América Latina. Chile: Pehuén; 2005.
30. Escobar A. Mundos y conocimientos del otro modo. El programa de investigación de modernidad/colonialidad latinoamericano. Revista Tabula Rasa. 2003 [acceso 12/04/2017];(1):51-86. Disponible en: <http://www.revistatabularasa.org/numero-1/escobar.pdf>
31. Vivero L. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. Revista Ciencia y Enfermería Universidad Concepción. 2013 [acceso 06/04/2017];19(3): Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300012
32. Sosa D, Garcia S, Oliva M, Durand R, Fernández J. Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. Rev Cub Sal Púb. 2017 [acceso 06/11/2017];43(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300002
33. Gaviria DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. 2009; Revista Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. 2009 [acceso 6/04/2017];27(1):24-33 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213198002>

34. Elorza MA, Moscoso N, Lago F. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cub Sal Púb. 2017 [acceso 16/06/2017];43(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011
35. Ley 20.500 Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. [acceso 16/06/2017] Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143&idVersion=2011-02-16>
36. OMS/OPS. Declaración de Yakarta sobre promoción de salud en el siglo XXI. OMS, OPS; Yakarta, República de Indonesia. 1997.
37. Organización Mundial de la Salud. Actuando unidos para la salud: desafíos y oportunidades de las acciones en el desarrollo de la salud. OMS, Ginebra; 2001.
38. OPS/OMS. Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y El Caribe. 1999 [acceso 25/03/2017] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/173986?locale=es&null>
39. Serrano C. Participación social y ciudadanía, un debate del Chile contemporáneo. Div Estud MIDEPLAN Chile. 1998 [acceso 25/03/2017]. Disponible en: <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/528639170.pdf>
40. Habermas J. Ciencia y técnica como «ideología». 5 ed. Madrid: Tecnos; 2007. p.181.
41. Santos BS. Una epistemología del sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social. México: Buenos Aires: Siglo XXI; Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) (Sociología y política); 2009. 368 p.
42. Habermas J. Ciencia y técnica como ideología. Madrid: Editorial Tecnos; 1999.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.