

# El potencial transformador de lo común en salud

## *The transformative potential of health as a commons*

Chiara Francesca Bodini<sup>1,2,3</sup>, Giulia Bonanno<sup>3</sup>, Elisa Cennamo<sup>3</sup>, Bruna Mura<sup>3</sup>, Martina Riccio<sup>1,3</sup>, Lorenza Santoro<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042020S107

**RESUMEN** Italia fue uno de los países que participó en el proyecto de investigación-acción multicéntrico (Compromiso de la Sociedad Civil para la Salud para Todos) del People's Health Movement (Movimiento para la Salud de los Pueblos). El grupo italiano, un colectivo llamado Grup-pa, llevó a cabo varias actividades de investigación-acción participativas incluyendo, en una primera fase, un mapeo de los grupos activos en ámbitos vinculados a la determinación social de la salud y la promoción de la salud, mediante entrevistas individuales y colectivas. En una segunda fase, se organizaron tres talleres públicos, estructurados alrededor del intercambio de prácticas, se centraron en temas clave surgidos en la primera fase. Un constructo importante originado en este trabajo, centrado en la co-construcción de los conocimientos experienciales sobre salud en común, ha sido denominado 'prácticas de lo común en salud'. El enfoque en las prácticas no es meramente estratégico (para la producción de sinergias y alianzas), sino intrínsecamente político (concebido la participación como un valor) y conectado con la salud y el mantenerse saludable (sea individualmente que como comunidad). La construcción de 'prácticas de lo común en salud' pretende hacer visible un área de transformaciones que se están gestando en nuevos espacios creados por los movimientos y en acciones más tradicionales en defensa de los servicios públicos existentes, abordando la salud como una cuestión sociopolítica. En este ensayo, esbozamos la reflexión en torno a seis palabras clave que son centrales para ella: común, cuidado, tecnología, eficacia, sostenibilidad, institución.

**PALABRAS CLAVE** Promoción de la salud. Cambio social. Equidad. Participación social.

**ABSTRACT** Italy was a participating country in the People's Health Movement multi-centred action-research project (Civil Society Engagement for Health for All). The Italian team, a collective named Grup-pa, undertook several participatory action-research activities including, in a first phase, a mapping of groups active in fields linked to the social determination of health and health promotion, through individual and collective interviews. In a second phase, three public workshops, structured around the exchange of practices, focused on key themes emerged from phase one. A major construct originated from this work, centred around the co-construction of experiential knowledge on health as a commons, has been named 'health commons practices'. The focus on practices is not merely strategic (producing synergies and alliances), but inherently political (conceiving participation as a value) and connected to health and staying healthy (as individuals; as a community). The construct of 'health commons practices' is meant to make visible an area of ongoing transformations in new spaces created by movements and in more traditional actions in defence of existing public services, addressing health as a socio-political issue. In this essay, we sketch the reflection around six keywords that are central to it: commons, care, technology, efficacy, sustainability, institution.

**KEYWORDS** Health promotion. Social change. Equity. Social participation.

<sup>1</sup>University of Bologna, Centre for International and Intercultural Health (CSI) - Bologna, Italy. chiara.bodini@unibo.it

<sup>2</sup>Viva Salud - Brussels, Belgium.

<sup>3</sup>People's Health Movement (PHM) - Bologna, Italy.



## Introducción

Entre 2014 y 2018, el People's Health Movement (PMH) emprendió un amplio proyecto de investigación-acción participativa multicéntrica que exploraba el activismo de los movimientos sociales en la lucha por la 'salud para todos', incluyendo acciones sobre los determinantes de la salud y sobre el acceso a una atención médica asequible y de alta calidad. El objetivo de la investigación fue comprender mejor cinco ámbitos de participación de la sociedad civil en torno a la salud (construcción de movimientos; campañas y promoción; creación de capacidades; generación de conocimientos, acceso y usos de conocimientos; y la participación en los procesos de gobernanza), con el objetivo de mejorar la práctica de los activistas.

Italia fue uno de los países que participaron en el proyecto, realizado por un colectivo llamado Grup-pa (acrónimo de 'grupo permanentemente abierto'). El colectivo fue creado para llevar a cabo el proyecto, y se formó a partir de una red abierta de personas -provenientes en su mayoría del ámbito de la salud- que anteriormente habían colaborado en la promoción de un cambio en la educación médica, en el sentido de un mayor énfasis en la determinación social de la salud y la relación entre los procesos de la globalización y la desigualdad en salud<sup>1,2</sup>. La red ha promovido también actividades de capacitación autorganizadas en diferentes universidades italianas y a nivel nacional, y ha contribuido a la creación de la Red Italiana para la Educación Global en Salud (RIISG)<sup>3</sup>.

El principal objetivo de Grup-pa al sumarse al proyecto de investigación-acción más amplio fue contribuir a la creación y el fortalecimiento de un movimiento para la salud en Italia. Esto se basó en dos supuestos: 1) la creencia -basada en la historia y la experiencia- de que el cambio puede producirse cuando las personas a las que más preocupan algunas cuestiones se organizan y asumen un papel activo en tratar de afrontarlas<sup>4-6</sup>; 2) la elevada fragmentación entre los

movimientos sociales en Italia y la ausencia de un movimiento para la salud (a pesar de una rica historia que llevó a la creación de un sistema sanitario universal en 1978, junto con la aprobación de leyes progresistas sobre salud reproductiva y mental). La metodología de la investigación-acción participativa fue, en este sentido, muy bien planteada para actuar tanto a nivel de la generación de conocimientos, como a nivel de la acción y la práctica, ya que una condición previa para la participación del colectivo era la intención de generar un cambio hacia una sociedad más justa, igualitaria y saludable<sup>7</sup>.

En el marco del proyecto principal, la investigación-acción se desarrolló en dos fases. En una primera fase, Grup-pa emprendió un mapeo de los grupos activos en Italia en ámbitos vinculados a la determinación social de salud y la promoción de la salud, a través de entrevistas individuales y colectivas. En una segunda fase, el colectivo organizó y facilitó tres talleres públicos, estructurados en torno al intercambio de prácticas a través de metodologías inclusivas y participativas, centrados en ejes temáticos clave surgidos en el análisis de los datos recopilados en la primera fase: movimientos sociales y bienestar; la construcción de espacios y comunidades saludables mediante la reapropiación colectiva y la autorganización; nuevas formas de comunidad y sostenibilidad a través de lo común<sup>8</sup>.

Un resultado fundamental de este trabajo, centrado en la co-construcción de conocimiento experiencial sobre lo común en salud, se denomina 'prácticas de lo común en salud'. Este concepto fue elaborado en varios momentos de acción colectiva, reflexión y discusión, a partir de los datos generados durante las dos primeras fases del proyecto de investigación-acción. En este ensayo, presentamos las palabras clave en torno a las cuales se articula el constructo (común, cuidado, tecnología, eficacia, sostenibilidad, institución), ilustrando tanto las prácticas vinculadas a él, como por qué son centrales para una transformación hacia una sociedad más justa, igualitaria y saludable.

## Prácticas de lo común en salud

En el actual contexto político y económico, en el que la privatización se promueve como la solución a los servicios públicos ‘insostenibles’, proteger la salud y la equidad implica apoyar sistemas sanitarios universales, solidarios, financiados con fondos públicos y de calidad<sup>9,10</sup>. Por otra parte, en muchos países -incluido Italia- el sistema sanitario se basa en una visión individualizadora y medicalizante de la enfermedad, con muy poca comprensión de su determinación social. Como reflejo de esto, a pesar de los esfuerzos recientes hacia enfoques integrados y centrados en las personas, los sistemas de salud siguen estando muy fragmentados y trabajando en compartimentos aislados, en particular en la frontera (borrosa) entre los asuntos sociales y los de salud. Aún centrados en hospitales y en el tratamiento de enfermedades, con pocos o ningún enfoque comunitario proactivo y programas de promoción de la salud, los sistemas sanitarios tradicionales tienden a descuidar las necesidades de quienes no pueden acceder (por razones jurídicas, geográficas, culturales o de otro tipo), y de quienes pueden acceder formalmente pero no ven que sus necesidades sean tenidas en cuenta o satisfechas (por ejemplo, las minorías, incluidas las comunidades LGBTQI). También carecen de recursos, tanto en materia de competencia como de organización, para atender las complejas necesidades generadas por las condiciones de creciente precariedad social, política y económica.

Esta tensión, entre la necesidad de defender el Servicio Sanitario Nacional italiano (SSN) del desmantelamiento y la privatización, y la lucha por un enfoque diferente de la salud y la asistencia sanitaria que sea más inclusivo, accesible y justo, y orientado tanto a los determinantes sociales como a los individuales de la salud, fue percibida por Grup-pa como un eje central de fragmentación entre los movimientos italianos que -más o menos directamente- se ocupan de asuntos de salud. Por

un lado, existen organizaciones tradicionales y redes, caracterizadas por un fuerte legado histórico de los partidos políticos y movimientos sociales que apoyaron la reforma sanitaria italiana en 1978, que se oponen a los recortes del gasto público en salud y a la introducción del seguro médico privado, y abogan por el fortalecimiento de la financiación y la prestación públicas de servicios de salud. Por el otro lado, hay nuevos movimientos sociales que crean espacios innovadores y autorganizados para abordar las necesidades de salud emergentes, por ejemplo clínicas populares (para quienes no pueden acceder al SSN, incluidos migrantes indocumentados, pero también para quienes quedan progresivamente excluidos debido a las largas listas de espera, servicios que cierran, etc) y ‘consultorias *queer*’, establecidas por transfeministas y comunidades LGBTQI para atender necesidades que no son detectadas ni atendidas en el SSN. Estos movimientos denuncian la mercantilización de la salud y la privatización de la asistencia sanitaria por limitar la posibilidad de actuar para una transformación de los servicios públicos desde adentro, y argumentan la necesidad de establecer prácticas radicalmente alternativas en espacios no institucionales.

Las preguntas planteadas por Grup-pa a través de la investigación-acción se centraron en el desafío de imaginar un sistema sanitario que se ocupe de salud y no sólo de enfermedad, teniendo en cuenta y abordando los determinantes sociales y estructurales del proceso salud-enfermedad. Esto debería incluir abordar las dinámicas de poder también dentro del sistema de salud, que son responsables de reproducir las relaciones desiguales entre los profesionales y entre profesionales y pacientes, aceptando como ‘natural’ la determinación social de la salud.

La propuesta, denominada ‘prácticas de lo común en salud’, consiste en vincular la teoría de la determinación social de la salud con los conocimientos y prácticas generados en el campo de lo común, refiriéndose no a la posesión colectiva de algo, sino a la acción

colectiva de la puesta en común como principio político de transformación<sup>11</sup>. El enfoque en las prácticas no es meramente estratégico (para la producción de sinergias y alianzas), sino intrínsecamente político (concibiendo la participación como un valor) y conectado con la salud y el mantenerse saludable (de manera individual; como comunidad).

El constructo de ‘prácticas de lo común en salud’ pretende hacer visible un área de acción colectiva y transformación permanente tanto en los nuevos espacios de salud autorganizados creados por los movimientos, como en las acciones más tradicionales en defensa de los servicios públicos existentes, siempre que aborden la salud como una cuestión socio-política. El desafío es ir más allá de la práctica y la retórica de la defensa de los servicios públicos de salud, oponiéndose firmemente contra su desmantelamiento y privatización, a la vez que se experimenta con nuevas formas, prácticas y enfoques de la salud dentro y fuera de las instituciones existentes.

## Repensar el cuidado

El concepto de ‘cuidado’ abarca significados diferentes y posiblemente contradictorios. Dentro del paradigma biomédico dominante, el ‘cuidado’ se percibe a menudo como una acción unidireccional que opera un profesional hacia un paciente, que es receptor pasivo (sujeto) del acto terapéutico. Este enfoque ha sido criticado también dentro de la medicina convencional, y actualmente muchos tratan de pasar de un enfoque centrado en la enfermedad (curar), a un enfoque que considere no sólo las dimensiones biológicas sino también las percepciones del paciente y las implicaciones de la enfermedad en su bienestar psicológico y sentimientos (cuidar). Sin embargo, este cambio de ‘cura’ a ‘cuidado’ es sólo uno de los desafíos/tensiones que implica la aplicación de modelos diferentes de atención. La idea del cuidado centrado en la persona, en la que un paciente no es sólo una persona con síntomas

o una enfermedad, implica abordar también la asimetría en la relación de cuidado, que es particularmente relevante en salud y puede llevar a la cosificación, la infantilización y la violencia estructural.

En este sentido, es importante reconocer cómo algunos movimientos sociales luchan para contrarrestar la idea de que el cuidado depende totalmente del conocimiento técnico de un experto/profesional, mientras que el conocimiento y la experiencia de la persona/comunidad están desacreditados. Sin embargo, superar la jerarquía entre el conocimiento técnico y científico, percibido como verdadero y oficial/institucional, y cualquier otro tipo de conocimiento experiencial, es particularmente difícil y el paradigma dominante continúa operando también sobre/dentro de los movimientos que luchan por emanciparse de él.

Para abordar esta asimetría en la práctica, algunos grupos, especialmente transfeministas y comunidades LGBTQI, adoptan un enfoque basado en ‘comunidades/colectivos de cuidado’, donde la acción de cuidado mutuo es compartida dentro de un grupo vinculado por visiones y prácticas políticas. Desde esta perspectiva, el cuidado se convierte en un ‘espacio intermedio’, algo que beneficia a las personas dentro del grupo y que, al mismo tiempo, representa una acción o una declaración política destinada a transformar la idea y la práctica misma del cuidado. En otras palabras, actúa como medio de subjetivación (política). Es importante agregar que, para que dichos espacios se conviertan en medios de liberación colectiva, deben basarse en la apertura y la autoreflexión de cada persona sobre sí misma y sus propios privilegios.

## ¿Qué tecnología para qué paradigma de salud?

En la visión medicalizante y capitalista dominante de la salud, la mejoría de las condiciones de salud es representada como consecuencia de la construcción de más

hospitales, del desarrollo de más tecnología, de la realización de más investigaciones sobre drogas y de la implementación de enfoques personalizados de atención médica<sup>12</sup>. Sin embargo, este paradigma aleja aún más la atención y las inversiones de las condiciones previas que influyen en una gran proporción de nuestras posibilidades de una vida sana (los determinantes sociales de la salud), que están estrictamente relacionadas con cómo se organiza una sociedad y, por lo tanto, con las cuestiones de equidad y justicia social<sup>13</sup>.

Además, el desarrollo tecnológico está estrechamente relacionado con el modo de producción capitalista, que es responsable de una carga insostenible de externalidades hacia el medioambiente, y con la creciente desigualdad y la exclusión del acceso a la asistencia sanitaria. Esto ocurre no sólo en los países de ingresos bajos y medios (por ejemplo, la falta de acceso a tratamientos contra el cáncer para la mayor parte de la población mundial), sino también cada vez más en los de altos ingresos (por ejemplo, la restricción del acceso a nuevos medicamentos contra la hepatitis C, impuesta por el gobierno italiano debido a su elevado costo). Por último, la dependencia del sector privado para comercializar medicamentos esenciales genera peligrosos conflictos de intereses (por ejemplo, en las prioridades de inversión en investigación y el establecimiento de precios): más atención no significa necesariamente más salud, pero casi siempre significa más beneficios<sup>15</sup>.

Otro conjunto de consideraciones relacionadas con la tecnología y la salud tiene que ver con las percepciones, ideas y experiencias de las personas, que son centrales para la relación terapéutica. En primer lugar, porque el uso de la tecnología está estrechamente relacionado con el tema de los conocimientos técnicos o de expertos que se ha abordado anteriormente. En segundo lugar, porque las tecnologías de la salud están estrechamente relacionadas con el paradigma de salud en uso y configuran las experiencias e ideas en torno a la enfermedad,

el cuidado y la asistencia. Si la enfermedad se limita al cuerpo biológico, sólo una tecnología que sea capaz de explorar el cuerpo y sus órganos dará respuestas confiables; por el contrario, la existencia misma de esa tecnología contribuye a reforzar la exclusión de otras variables, que no es capaz de explorar. La antropología médica sugiere no separar ideas y experiencias (la mente) del cuerpo que las vive. En este sentido, nuestra dependencia de la tecnología es un hecho, independiente de cualquier consideración sobre la validez de la tecnología. La tecnología nunca puede ser neutral porque entra en los modos en que organizamos, representamos y (re)producimos la realidad<sup>16</sup>.

Si, como se ha indicado anteriormente, el objetivo es avanzar hacia una transformación en nuestro enfoque de la salud, tanto dentro de los servicios sanitarios, como a través de las nuevas prácticas de salud autorganizadas de los movimientos sociales, hay tres preguntas abiertas que abordar:

1. ¿Es posible separar la tecnología (médica) del modo de producción capitalista responsable de perpetuar la desigualdad y devastar el planeta?
2. Si bien criticamos la visión incorporada que ve en la tecnología y la hiperespecialización el abordaje apropiado del proceso salud-enfermedad (que puede traducirse en un sistema opresivo de control), ¿estamos intentando excluir la tecnología de las prácticas de asistencia, a pesar del beneficio probado de herramientas como los medicamentos esenciales?
3. ¿Quién puede evaluar qué tecnologías son beneficiosas y cuáles no – y cómo y en qué espacios democráticos? ¿Es posible imaginar una gestión colectiva de las tecnologías de la salud, desde la investigación hasta la producción? Y, de nuevo, ¿cuáles son los criterios para calificar una tecnología como ‘beneficiosa’?



## Ampliación del concepto de eficacia

Esta última pregunta, sobre lo que puede decirse ‘beneficioso’, implica preguntarnos cómo podemos evaluar un resultado de salud, no como una pregunta abstracta, sino como una herramienta para orientar nuestras prácticas colectivas de salud.

En las instituciones públicas, el enfoque se centra principalmente en los conceptos de eficiencia, costo-eficacia y adecuación. Estos conceptos, y sus correspondientes indicadores surgen del enfoque gerencial en salud y asistencia sanitaria, que está muy difundido también en los servicios públicos de salud.

Junto a estos criterios, se utiliza ampliamente el concepto de ‘eficacia técnica’, que es la capacidad de producir un resultado que se pueda medir en términos de recuperación de una enfermedad o de aumento de la esperanza de vida. Este enfoque selecciona algunos parámetros e indicadores, aquellos relacionados con aspectos que son mensurables y considerados objetivos (por ejemplo, la tasa de supervivencia), reproduciendo una visión binaria entre salud y enfermedad lejana de la experiencia vivida por las personas y que puede reforzar dinámicas de exclusión o control. Más aún, tener en cuenta sólo los aspectos biológicos del proceso-salud-enfermedad puede dar lugar a su esencialización, ocultando las dimensiones simbólicas así como los factores estructurales que moldean la distribución de la salud y la enfermedad entre la población.

Al imaginar nuevas prácticas en salud, es importante también imaginar nuevas maneras de mirar los resultados de los procesos (de salud) que en ellas se generan. En este sentido, podríamos tratar de redefinir el concepto de eficacia para que incluya dimensiones cualitativas, subjetivas y socio-políticas. El debate acerca de cómo nombrar semejante concepto aún está abierto, no obstante podríamos ofrecer un ejemplo para ilustrar los distintos elementos implicados. Desde una perspectiva biomédica, la eficacia de una intervención

sobre una persona con tuberculosis podría coincidir con la eficacia del tratamiento farmacológico, a pesar de que este no actúa sobre las causas que contribuyeron al desarrollo de la enfermedad. Con el fin de definir el impacto de una práctica de salud que actúa tanto en la condición individual como en la conciencia, y en sus determinantes sociales, proponemos hablar de ‘eficacia biopolítica’, para resaltar el potencial de promover subjetivación y transformación general.

## El quid de la sostenibilidad

La sostenibilidad representa un desafío tanto para las nuevas prácticas de salud autorganizadas desarrolladas por los movimientos sociales, como para quienes actúan para cambiar el sistema sanitario desde adentro.

En relación al estado de bienestar, el concepto ambiguo de sostenibilidad es un terreno resbaladizo. De hecho, es en nombre del controvertido discurso sobre su supuesta ‘insostenibilidad’ que los gobiernos de cualquier color justifican el desmantelamiento de los servicios públicos de salud. En este sentido, el concepto se utiliza en su significado económico, centrándose únicamente en el gasto en asistencia sanitaria. Cualquier otra dimensión fuera de la económica desaparece de la consideración.

Al mismo tiempo, las nuevas prácticas de salud autorganizadas dentro de los movimientos sociales también luchan por su propia sostenibilidad, aunque con bases diferentes. Hablan de sostenibilidad refiriéndose a la accesibilidad e inclusividad, al impacto y a la posibilidad de sobrevivir en un sistema capitalista, reflejando tanto aspectos materiales como inmateriales, a nivel personal y colectivo. Proponemos hablar de la sostenibilidad de las ‘prácticas de lo común en salud’ destacando tres dimensiones: material, emocional/relacional y política.

Desde un punto de vista material, ¿con qué recursos pueden contar estos grupos y actividades? ¿Es posible imaginar medios

personales y colectivos de supervivencia que permitan estabilidad y continuidad? Muchos de los grupos de activistas a los que se ha llegado a través de la investigación-acción crean formas de generar ingreso directo o indirecto, reflexionan sobre cómo construir sostenibilidad económica poniendo al activismo en el centro de la vida, creando prácticas de redistribución, economía alternativa y/o mutualismo. ¿Cuál es el impacto que pueden tener estas nuevas formas de sostenibilidad y cuáles son sus límites en términos de accesibilidad y equidad?

Además de estas consideraciones, se sigue reflexionando sobre lo que denominamos ‘sostenibilidad emocional/relacional’ de los grupos y personas que participan en estos procesos. Esta segunda dimensión del concepto de sostenibilidad está vinculada a las prácticas implementadas para gestionar el poder y los procesos de toma de decisiones, la división de tareas y responsabilidades y el nivel de compromiso personal y relacional. En muchos de los grupos a los que se ha llegado a través de la investigación-acción, se pueden observar formas de autoexplotación que generan malestar y frustración, derivadas de las prácticas organizacionales que han adoptado. Pasar de los modelos jerárquicos a otros que se centren en la corresponsabilidad requiere un cambio, también a nivel personal, y una gran atención al cuidado de las relaciones, para poder desarrollar nuevas formas organizativas que mantengan unidas las necesidades, expectativas, deseos y funcionamiento.

Existe otra implicación de sostenibilidad, que proponemos denominar ‘sostenibilidad política’. Muchos grupos a los que se llegó a través de la investigación-acción intentan mantener unida la acción en microcontextos, partiendo de las necesidades y deseos de los involucrados y/o de las comunidades vecinas, con una acción transformadora del contexto político más amplio. En esta tensión existe un doble riesgo: reducir la experiencia colectiva a las necesidades y deseos de quienes (ya) forman parte de ella o, por el contrario, crear

espacios y actividades alejados y desconectados de quienes los habitan.

¿Es posible construir experiencias que, partiendo del individuo, estén abiertas a necesidades nuevas y diferentes, practicando un abordaje interseccional<sup>17-19</sup> de las diferentes formas de opresión? ¿Qué herramientas podemos utilizar para evaluar el impacto de estas experiencias en el territorio y en las comunidades locales, además del impacto que tienen en la vida de quienes las atraviesan? ¿Con qué estrategias podemos multiplicar y fortalecer estas luchas, escapando de los límites geográficos y los paradigmas de pertenencia identitaria? ¿Cómo podemos planificar y organizar concretamente redes y alianzas de solidaridad entre experiencias?

#### Imaginar y procesos instituyentes

Imaginar nuevas prácticas de salud significa también imaginar nuevas instituciones para la salud y el sistema sanitario. Para muchos movimientos sociales, el concepto de institución está asociado con la disciplina, el control social y la estandarización de cuerpos y necesidades. Sin embargo, también se asocia con el concepto de ‘proceso instituyente’, el proceso autónomo de producción de una institución<sup>20</sup>.

Los procesos de generación de conocimientos colectivos, las redes de bienestar desde abajo, las vías de autocuidado que se construyen conjuntamente, indican una forma de pensar en las instituciones como procesos vivos, abiertos y participativos, en los cuales las prácticas son negociaciones dinámicas en devenir y no algo que se da de una vez por todas.

En este sentido, podemos hablar de movimientos instituyentes, considerando la institución como el poder de crear nuevos imaginarios en oposición a la naturaleza estática de las instituciones actuales. Es en relación a esta línea de pensamiento que proponemos hablar acerca de las nuevas experiencias auto-organizadas en salud dentro de los movimientos sociales no sólo en tanto prácticas de auto-cuidado, sino también como prácticas de lo común en salud. Esto permite destacar su potencial instituyente, que es variable dependiendo de

qué tanto valor político atribuyen a los nuevos imaginarios, mientras que, al mismo tiempo, se sustraen a formas neoliberales de cooptación y despojo.

## Conclusiones

En este ensayo hemos resumido algunas de las reflexiones originadas en una investigación-acción realizada ‘desde adentro’, pues el colectivo de investigación (Grup-pa) forma parte del movimiento social más amplio que fue sujeto de investigación. El discurso en torno a las seis palabras clave -común, cuidado, tecnología, eficacia, sostenibilidad, institución- está de vez en vez más o menos desarrollado, dependiendo del nivel de profundidad del análisis y el intercambio tanto dentro de Grup-pa, como entre el colectivo y los grupos implicados en la experimentación de nuevos espacios autorganizados en torno a la salud y sus determinantes.

La propuesta de las ‘prácticas de lo común

en salud’ pretende superar la fragmentación entre quienes defienden los sistemas públicos de salud existentes y quienes crean nuevos espacios en los que se pueden abordar más dimensiones (políticas) de la salud, y abrir un campo de discusión, experimentación y acción colectiva hacia una sociedad más justa, igualitaria y saludable. Por definición, una investigación-acción genera más preguntas que respuestas y está destinada a acompañar una práctica de transformación. En este sentido, la mejor manera de probar la validez del constructo es continuar a practicarlo.

## Colaboradoras

Bodini CF (0000-0001-7629-2394)\*, Bonanno G (0000-0002-3977-6020)\*, Cennamo E (0000-0002-1046-8892)\*, Mura B (0000-0003-0048-6867)\*, Riccio M (0000-0001-5480-4694)\* y Santoro L (0000-0002-7599-1916)\* también contribuyeron al desarrollo del trabajo, que es el resultado de la investigación colectiva. ■

---

## Referencias

1. Bodini C. Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi trasformativi in Italia. Bologna: Università di Bologna; 2013.
2. Camice MS, Pigiama PS. socioanalisi narrativa dell’istituzione medica. Roma: Sensibili alle foglie; 2013.
3. Global Health. Institutional [internet]. 2009. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://www.educationglobalhealth.eu/en>.
4. Hochschild A. Bury the chains: prophets and rebels in the fight to free an empire’s slaves. New York: Houghton Mifflin; 2005.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).



5. Rootes C. Environmental movements. In: Snow DA, Soule SA, Kriesi H, editors. *The Blackwell Companion to Social Movements*. Oxford: Blackwell; 2004. p. 608-40.
6. Heather S, Zeldes K. "Write a Chapter and Change the World" How the Boston Women's Health Book Collective Transformed Women's Health Then—and Now. *Am. J. Publ. Health*. 2008; 98(10):1741-45.
7. Grup-pa. The contribution of civil society organizations to achieving health for all – Italy [internet]. 2015. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://gruppaphm.noblogs.org/report-di-fase-1>.
8. Grup-pa. The contribution of civil society organizations to achieving health for all - Italy, phase 2 report. 2018 [internet]. 2015. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://gruppaphm.noblogs.org/report-di-fase-1>.
9. Modi N, Clarke J, McKee M. Health systems should be publicly funded and publicly provided. *BMJ*. 2018; 10(362):k3580.
10. Sengupta A, Bodini C, Franco S. The struggle for health. Brussels: Rosa Luxemburg Stiftung, 2018. [internet]. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <https://www.rosalux.eu/publications/the-struggle-for-health>.
11. Dardot P, Laval C. *Common: on revolution in the 21st century*. Bloomsbury: Academic; 2019.
12. Illich I. *Medical nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1976.
13. World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva;Switzerland: World Health Organization; 2008.
14. SI Redazione. Epatite C. Il diritto alla cura. *SaluteInternazionale* [internet]. 2016. [accessed on 2019 Apr 13]. Available on: <http://www.saluteinternazionale.info/2016/07/epatite-c-il-diritto-alla-cura>.
15. Godlee F. Overtreatment, over here. *BMJ*. 2012; 3(345):e6684.
16. Mol A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press; 2002.
17. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*. 2015. [accessed on 2019 Apr 13]; 1989(1)139:167. Available on: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>.
18. Hill Collins P. *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Boston: Unwin Hyman; 1990.
19. Hancock AM. Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. *Polit. Gender*. 2007 [accessed on 2019 Apr 13]; 3(02):248-254. Available on: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1743923X07000062](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1743923X07000062).
20. Castoriadis C. *The imaginary institution of society*. Cambridge: MIT Press; 1998.

---

Recibido el 16/05/2019  
Aprobado el 15/10/2019  
Conflicto de intereses: inexistente  
Apoyo financiero: no hubo