



Revista Latinoamericana de Ciencias  
Sociales, Niñez y Juventud

ISSN: 1692-715X

revistaumanizales@cinde.org.co

Centro de Estudios Avanzados en Niñez  
y Juventud  
Colombia

Franco-Cortés, Ángela María; Roldán-Vargas, Ofelia  
Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este  
derecho  
Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 13, núm. 2, julio-  
diciembre, 2015, pp. 823-835  
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud  
Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77340728020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

**Referencia para citar este artículo:** Franco-Cortés, Á. M. & Roldán-Vargas, O. (2015). Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 823-835.

# Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho\*

ÁNGELA MARÍA FRANCO-CORTÉS\*\*

Profesora Universidad de Antioquia, Colombia.

OFELIA ROLDÁN-VARGAS\*\*\*

Profesora Cinde, Colombia.

*Artículo recibido en mayo 9 de 2014; artículo aceptado en junio 20 de 2014 (Eds.)*

• **Resumen (analítico):** En este artículo presentamos los resultados de una investigación que realizamos con el objetivo de comprender el sentido que tiene la responsabilidad con la salud para miembros de organizaciones sociales que se movilizan por el derecho a la vida saludable. Es una investigación cualitativa, soportada epistemológica y metodológicamente en la hermenéutica y en la fenomenología social. Develamos tres tendencias sobre el sentido de la responsabilidad con la salud que orientan las acciones individuales y colectivas de estos sujetos: la responsabilidad como compasión (perspectiva judeo-cristiana) y como actitud de servicio con quien está enfermo; como tensión entre la presencia del Estado y la resistencia/movilización de los ciudadanos y las ciudadanas por el derecho a los servicios; y como compromiso político y vinculación solidaria a un proyecto colectivo por una sociedad distinta.

**Palabras clave:** responsabilidad, ética, salud, acción comunitaria (Tesauro de Ciencias Sociales de la Unesco).

## Sense of responsibility with the health: the perspective of subjects which mobilize this right

• **Abstract (analytical):** This article presents the results of a research that was realized by the objective to understand the sense that has the responsibility on health for the members of social organizations which act for the right to a healthy life. Qualitative research backed epistemologically as well as methodologically on hermeneutics and social phenomenology. The study revealed three tendencies regarding the sense of responsibility that guide individual as well as collective actions: responsibility like compassion (a Judeo-Christian perspective) and service attitude with those who

\* Este artículo de investigación científica y tecnológica (área: sociología; subárea: temas sociales) presenta los resultados originales de la tesis doctoral titulada “El sentido de la responsabilidad con la salud desde la perspectiva de miembros de organizaciones que se movilizan por este derecho en Colombia”, desarrollada por Ángela María Franco-Cortés, con la dirección de Ofelia Roldán-Vargas, como requisito para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y Cinde, iniciada en junio de 2011 (fecha de aprobación del proyecto) y terminada en abril de 2014 (fecha de aprobación de la tesis).

\*\* Odontóloga de la Universidad de Antioquia, Magíster en Epidemiología de la Universidad de Antioquia, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde. Profesora titular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: franco.angelamaria@gmail.com

\*\*\* Licenciada en Educación de la Universidad de San Buenaventura, Magíster en Desarrollo Educativo y Social de la Universidad Pedagógica Nacional y Cinde, Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y Cinde; PhD en Investigación en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales, Cinde y la Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo. Directora Regional de Cinde Medellín, profesora e investigadora. Correo electrónico: oroldan@cinde.org.co



*are sick; as a tension between the State and resistance/action of the citizens towards the right of the services; and as a political commitment and attachment to a collective project.*

**Key words:** responsibility, ethics, health, community action (Unesco Social Sciences Thesaurus).

### **Senso da responsabilidade para com a saúde: a perspectiva de sujeitos que se mobilizam por este direito**

• **Resumo (analítico):** Este artigo apresenta os resultados de uma investigação que foi levada a cabo com o objetivo de compreender o senso de responsabilidade para com a saúde por membros de organizações sociais que se mobilizam pelo direito a uma vida saudável. Investigação qualitativa, apoiada epistemológica e metodologicamente na hermenêutica e na fenomenologia social. Foram identificadas três tendências no senso da responsabilidade com a saúde que orientam de modos diferentes as ações individuais e coletivas desses sujeitos: responsabilidade como compaixão (perspectiva judaico-cristã) e atitude de cuidado a quem está enfermo; como tensão entre a presença do Estado e a reivindicação/mobilização dos cidadãos e cidadãs pelo direito aos cuidados de saúde; e como compromisso político e adesão solidária a um projeto coletivo.

**Palavras-chave:** responsabilidade, ética, saúde, ação comunitária (Tesouro de Ciências Sociais da Unesco).

**-1. Introducción. -2. El soporte epistemológico y metodológico. -3. Resultados: Sentidos de la responsabilidad con la salud. -4. Pensar la responsabilidad con la salud como asunto ético y político. -Lista de referencias.**

#### **1. Introducción**

La manera como se entiende la responsabilidad individual y colectiva con la salud está atravesada por los diferentes discursos que coexisten en la sociedad -unos con más recursos de poder, otros subalternos-, en torno a temas y decisiones que tienen que ver con el modelo de desarrollo y reproducción social, la distribución de la riqueza, los derechos, y el reconocimiento de la dignidad de los seres humanos. Por esta razón, asuntos como el de la salud y el derecho a la salud no son ajenos a deliberaciones entre el discurso hegemónico neoliberal y discursos alternativos -con diferentes matices-, que claman por construir una manera distinta de entender la responsabilidad con el vivir saludable.

Para el pensamiento neoliberal, hegemónico, la salud es un bien privado; es decir, “un bien que se consume individualmente, se agota en el consumo y satisface una necesidad individual” (Hernández, 2003, p. 351). Son los individuos quienes deben asumir sus propios riesgos y deben ser responsables de pagar por este bien, que pese a ser un satisfactor esencial para la vida, se somete a las leyes del mercado

y al análisis del costo-beneficio como cualquier otra mercancía. Así, la salud adquiere un sentido, como algo que viene desde fuera y de lo que se es responsable individualmente, y no como algo que se construye entre todos y todas. Cruz (1999, p. 13) denuncia esta concepción de la responsabilidad, diciendo que

(...) los sectores que representan la ideología liberal, y están comprometidos con la economía globalizada se están sirviendo de la noción de responsabilidad individual con el poco enmascarado propósito de vaciar de contenido la noción de responsabilidad colectiva que a ellos les incomoda en la medida que implica costosos compromisos de solidaridad con los segmentos sociales más desfavorecidos.

Para el pensamiento contra-hegemónico en salud-representado en movimientos como el de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva, originados en esta región del mundo desde la década de los años 60 como alternativas epistemológicas, éticas y políticas a la corriente hegemónica-, la salud es un hecho histórico-social; por eso convocan a “entender la historicidad de las expresiones biopsíquicas

humanas, como síntesis de procesos históricos más generales” (López, Escudero & Carmona, 2008, p. 332); la vida saludable se construye día a día por todos los sujetos, teniendo en cuenta que son actores históricamente situados y por tanto no viven “bajo condiciones de su propia elección”, y el objetivo más importante es el “cuidado de la vida natural y social como requisito indispensable para alcanzar la salud” (Granda, 2007, p. 221), siendo precisamente la solidaridad una de las condiciones más importantes para lograrlo. En otras palabras, desde este punto de enunciación, el hecho de que la salud sea un asunto de interés colectivo significa que cuando las personas y las comunidades ven amenazada la posibilidad de disfrutar la vida saludable tienen un motivo para organizarse, resistir, protestar, desde diferentes concepciones y formas de lucha; es decir, la responsabilidad por la salud es un asunto político de reflexión, organización y acción de todos los actores, incluido el Estado.

Colombia viene de una experiencia reciente de reorganización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Congreso de la República de Colombia, 1993, Ley 100), mediante la cual -y con el pretexto de ampliar la cobertura de los servicios y mejorar la eficiencia del sector- el modelo de atención en salud fue adaptado a las exigencias neoliberales de abrir al sector privado el campo de la atención a la enfermedad y el aseguramiento del riesgo de enfermar o morir. Bajo este sistema de salud, la población colombiana ha experimentado una pérdida progresiva del derecho a la salud, configurándose lo que se nombra insistentemente como la “crisis” de la salud, que se ha querido resolver con nuevas reformas a la reforma inicial (Congreso de la República de Colombia, 2007, Ley 1122 y Congreso de la República de Colombia, 2011, Ley 1438), las cuales “lejos de reconocer el derecho a la salud, conservan lo esencial del modelo de negocio” (Hernández, 2013, p. 1). Crisis que para los estudiosos del tema no radica en que las prescripciones de la ley 100 y posteriores no se hayan cumplido, sino en la ideología y la escala valorativa que tiene su esencia, que en últimas lo que hace es darle más juego al mercado que al Estado.

Las iniciativas de resistencia y protesta de la población contra estas reformas al sistema de salud colombiano, se han canalizado a través de organizaciones sindicales, cívicas, de usuarios de servicios, de pacientes crónicos, organizaciones barriales, organizaciones no gubernamentales y movimientos sociales. En la medida en que advierten la amenaza de la política neoliberal sobre las condiciones de salud de la población, estas organizaciones se movilizan para controlar el cumplimiento de las responsabilidades del Estado, para poner la discusión sobre el derecho a la salud en el centro de las reivindicaciones políticas y sociales, y para aportar a la reconstrucción de los lazos de solidaridad necesarios para generar proyectos políticos que impliquen una manera alternativa de trabajar por la construcción de la salud a partir de modelos más equitativos, incluyentes, humanos y armónicos con la naturaleza.

A estas organizaciones pertenecen hombres y mujeres que, además de haber sido usuarios directos e indirectos afectados por el recorte de los servicios, son ciudadanos y ciudadanas interesados en mejorar las opciones de vida saludable en sus comunidades y territorios. Las organizaciones a las que pertenecen y los entornos familiares y laborales son los contextos que aportan a la configuración del sentido que tiene para ellos y ellas la responsabilidad con la salud.

En esta investigación, en la que asumimos la responsabilidad como categoría ética y política, como un asunto de relación en el que están implicados la palabra, el discurso y la acción, que tiene que ver -como dice Arendt (1998, p. 95)- “no tanto con la pregunta de *quién* es el agente de una acción sino con la cuestión de *qué* nos hacemos cargo”, en la que la responsabilidad es intersubjetiva, capaz de interesarse, ante todo, por el ‘nosotros’, capaz de asumir las diferencias para crear espacios de deliberación y de organización (Echavarría, Restrepo, Callejas, Mejía & Alzate, 2009), nos hicimos las siguientes preguntas: -¿Qué sentidos de responsabilidad con la salud orientan la acción política de sujetos integrantes de organizaciones sociales que se movilizan por este derecho? -¿En qué radica el poder movilizador de estos sujetos respecto

a la experiencia reivindicatoria del derecho a la salud? -¿Cuáles son las implicaciones de los sentidos de la responsabilidad sobre el discurso que procuran posicionar estos sujetos y las prácticas sociales que buscan interpelar y transformar?

## 2. El soporte epistemológico y metodológico

La comprensión del sentido que construyen los sujetos respecto a un fenómeno, situación o condición social particular, que en este caso es la responsabilidad con la salud, implica un acercamiento profundo a la biografía situada de estos y entrar en diálogo con sus acontecimientos vitales ocurridos en contextos históricos específicos, para conocer lo que dicen, las razones que los animan para decirlo y las reflexiones que se suscitan en ellos después de haberlo dicho, entendido todo esto como una experiencia vital de carácter integral e integrador cuya vía de abordaje más expedita es indudablemente la investigación cualitativa que “más que un conjunto de estrategias metodológicas, [...] es una alternativa de aproximación a lo humano, en el lenguaje y por el lenguaje; es un camino para acceder al sentido de lo humano” (Luna, 2006, p. 16), desde una perspectiva holística. Consecuentes con esto, tomamos la decisión de buscar en la hermenéutica y en la fenomenología el soporte epistemológico y metodológico para adelantar esta tarea, dejando claro que interesaba la experiencia en el sentido fenomenológico y no en el sentido empírico, y que el desafío no era solo adoptar un método sino comprender el “modo específicamente humano de vivir” (Arendt, 2005, p. 30), que finalmente es lo que da cuenta del sentido.

Teniendo en cuenta con Gadamer (1993, p. 365) que la tarea de “la hermenéutica no es desarrollar un procedimiento de la comprensión sino iluminar las condiciones bajo las cuales se comprende”, con apoyo en sus lineamientos metodológicos, interpretamos los textos producidos por los miembros de las organizaciones con el fin de develar los significados que sobre salud han ido construyendo, a propósito de la acción colectiva de la que participan, sin dejar de tener en cuenta

que lo hacen dentro de un contexto de actuación determinado y determinante. Este acercamiento a los significados sobre la salud se convirtió en un apoyo importante o en un paso obligado para avanzar en la comprensión del sentido de la responsabilidad, que ya está mucho más asociado a la reflexión individual, pero siempre en el contexto de procesos intersubjetivos que los sujetos participantes hacen de sus vivencias, convirtiéndolas de este modo en experiencias de vida.

De acuerdo con lo anterior, el sentido no reside en la vivencia sino que es propio de la tarea reflexiva del sujeto, esa que le permite reconocerse a sí mismo en su acción y en su palabra en la medida en que logra volver sobre estas tratando de develar los motivos o las razones que les han dado origen y/o las mantienen vigentes como parte constitutiva de su mundo cotidiano compartido. De ahí que la comprensión de sentidos, más que la mera interpretación de textos, es una aproximación a la conciencia reflexiva del sujeto, capaz de hacer palabra lo que piensa y lo que siente respecto a lo vivido; es algo así como desnudar el pensamiento y abrir una ventana a su mundo interior edificado a partir de las vivencias compartidas. Consecuente con esto, la fenomenología social de Schütz plantea que la comprensión es esa “particular forma experiencial en que el pensamiento de ‘sentido común’ toma conocimiento del mundo social cultural” (2003a, p. 77); de ahí que la comprensión sea ontológica y no solo metodológica.

Construimos los datos mediante entrevistas conversacionales que fuimos desarrollando como ejercicios comunicativos en los que poníamos en interacción las reflexiones del sujeto participante y las propias de la investigadora. Escogimos la conversación, porque en coherencia con la perspectiva hermenéutica y fenomenológica y los objetivos del estudio, debíamos dar preeminencia al lenguaje hablado y gestual, por cuanto el lenguaje como producto social es útil no solo porque expresa la experiencia subjetiva de los individuos sino porque además denota el orden social o el contexto en el que se originan estos



significados. Gadamer (1993, p. 461) plantea que

(...) la verdadera conversación no es nunca la que uno habría querido llevar.  
(...) Lo que ‘saldrá’ de una conversación no lo puede saber nadie por anticipado.  
(...) La conversación tiene su propio espíritu y el lenguaje que discurre en ella lleva consigo su propia verdad, esto es, ‘desvela’ y deja aparecer algo que desde ese momento es.

El grupo de las diez personas participantes -seis mujeres y cuatro hombres-, son miembros activos de igual número de organizaciones de: usuarios, pacientes crónicos, comunitarias, sindicales, no gubernamentales y organizaciones de segundo orden, ubicadas en las ciudades de Bogotá, Medellín y Manizales, que tienen en común su apuesta por la reivindicación del derecho a una vida saludable pero son muy diferentes en cuanto a sus objetivos, actividades y formas de operar. Estas personas fueron invitadas a participar mediante una convocatoria abierta a la que responden inicialmente trece y posteriormente desisten tres.

El grupo de participantes es bastante heterogéneo en cuanto a edad, procedencia, nivel de escolaridad, condiciones socioeconómicas, experiencias con la atención en salud y motivaciones para vincularse a las organizaciones. Algunos son de extracción campesina pero la mayoría proceden de la zona urbana; unos tienen estudios universitarios y título profesional que les ha permitido tener empleo permanente y satisfacer sus necesidades básicas, mientras otros tienen niveles de escolaridad bajos y mediana o baja capacidad económica, generalmente cabezas de hogar, trabajadores informales o pensionados, y con una historia de vida familiar en condiciones de marginalidad y pobreza, a lo que se le suma, en el caso específico de las mujeres, experiencias típicas de inequidad de género. En algunos de estos sujetos se destacan las vivencias personales o familiares de enfermedad y por lo tanto de contacto directo y desafortunado con los servicios de atención que los ha puesto de frente al llamado “negocio de la salud” y al “desconocimiento sistemático del derecho”, lo

cual ha originado en muchos casos la decisión de incorporarse a las organizaciones.

Lo anterior es importante tenerlo en cuenta, porque para la fenomenología social ese sujeto que vive en el mundo está determinado por su situación biográfica y su posición particular en el-condiciones materiales e inmateriales de vida, experiencias particulares y únicas que posee y otras que comparte con quienes convive-, y es a partir de esta posición particular que configura un *repositorio de conocimiento disponible* que consiste en el almacenamiento pasivo de experiencias, las que pueden ser traídas al *Aquí y Ahora* y constituir una nueva experiencia personal inmediata (Schütz, 1993).

El análisis de los datos lo desarrollamos en un proceso que podemos describir como de espiral. Comenzó con la devolución de las transcripciones de la grabación a los sujetos participantes, con el fin de que hicieran reconocimiento de los textos. En un segundo momento hicimos una lectura crítica de la información recolectada y extrajimos aquellas partes de los textos que se vinculaban directamente con el tema de investigación (Reducción natural). En un tercer momento llevamos a cabo encuentros reflexivos participantes/investigadora, en los que discutimos qué sentido tenían para ellos los textos producidos. El interés se centró en el descubrimiento de los elementos invariantes del fenómeno de la responsabilidad con la salud, lo cual requirió de la práctica de la *epojé* o suspensión de juicios y de teorías para poder ver el fenómeno desnudo, en su condición de estructura objetivada por parte de este grupo social participante de la investigación-Reducción eidética-. Posteriormente construimos y confrontamos dialógicamente relaciones entre categorías, y afinamos las tendencias, para finalmente traducir el texto construido socialmente en una visión totalizadora del sentido de la responsabilidad de estos actores, mediante una articulación rigurosa de las argumentaciones.

### 3. Resultados: Sentidos de la responsabilidad con la salud

Develamos los resultados de tres sentidos diferentes de la responsabilidad con la salud

entre los sujetos participantes en el estudio: La responsabilidad *como compasión (perspectiva judeo-cristiana)* y *actitud de servicio con quien está enfermo*; la *responsabilidad como tensión entre la presencia del Estado y la resistencia/movilización de los ciudadanos y ciudadanas por el derecho a la atención*; y la *responsabilidad como compromiso político y vinculación solidaria a un proyecto colectivo*. Sentidos que, si bien se identifican por unos rasgos particulares, no pueden considerarse “puros” pues en ocasiones unos y otros comparten algunos argumentos que los sustentan.

### 3.1 La responsabilidad como compasión (judeo-cristiana) y actitud de servicio con quien está enfermo.

En esta tendencia, la responsabilidad de los sujetos se orienta hacia la ‘compasión’ que sienten por aquellas personas, cercanas o no, que sufren, que tienen vicisitudes y necesidades de salud y por lo tanto precisan ayuda. Ese reconocer el sufrimiento del otro, va por lo general unido a considerar que carecen de recursos materiales, de capacidad para hacerse escuchar, de conocimientos, o de un grupo familiar que los respalde. Es decir, perciben al otro como vulnerable y frágil, se compadecen y toman la decisión, con base en sus convicciones religiosas, de “hacerse cargo”, de contribuir a “aliviar” ese sufrimiento mediante la escucha y la ayuda “desinteresada”. La motivación o la fuerza que los moviliza, es la fe religiosa y el amor al prójimo o el amor existencial que esta predica.

*“Yo le tengo mucho pesar a los pacientes, a los enfermos; para mí un enfermo y un anciano es lo más indefenso, (...) ellos lo necesitan a uno mucho; yo soy muy católica y creo que debo ayudarlos...”*  
Alicia.

Por lo general, son sujetos para quienes la salud significa “ausencia de enfermedad”, y desde esta perspectiva es apenas comprensible que en muchos casos la acción se centre en tramitar aquello que proporciona alivio a quien sufre, o que hace más soportable la enfermedad, o que abre el acceso a los servicios de atención. Una labor hecha con un alto grado de sacrificio

porque, como ya lo dijimos, muchos de estos sujetos son personas de bajos recursos económicos que dedican sus días y ponen su tiempo al servicio de quienes los necesitan, haciendo tareas administrativas, diligenciando autorizaciones, intercediendo por exención de pagos, buscando ayuda para la presentación de tutelas o derechos de petición, consiguiendo medicamentos u otros insumos médicos, en la mayoría de los casos sin esperar una retribución económica a cambio.

Con los individuos que le dan este sentido a la responsabilidad con la salud puede ocurrir lo que advertía Arendt (2006): que la compasión en la que fundan sus acciones termine llevándolos a la subestimación o reducción de la visión del otro como un individuo menor o inferior, un individuo que necesita ayuda o compañía pero con quien no se entabla un diálogo. Para que esto no ocurra o deje de ocurrir, es necesaria la orientación ética de la compasión, en el sentido que proponen autores como Mèlich (2010, p. 230), como respuesta a la experiencia de sufrimiento del otro pero en la que lo decisivo “no es la ‘obediencia al deber’, a un imperativo, [...] sino la forma de responder a la interpelación ajena, a la presencia y a la ausencia del otro, a su apelación y a su demanda [...]”; no se trata de ninguna manera de ‘ponerse en el lugar del otro’ sino de algo completamente distinto, *de situarse junto a él*”. Es decir, una ética de la compasión con la que se responde al dolor y al sufrimiento de las personas enfermas o excluidas del goce de la salud, acompañándolas; una ética en la que, a diferencia de la compasión cristiana, no se siente el dolor del otro o la otra, sino que se *los siente -a él o a ella- en su dolor*.

### 3.2 La responsabilidad como tensión entre la presencia del Estado y la resistencia/movilización de los ciudadanos y las ciudadanas por el derecho a los servicios.

Cuando el significado de la salud es asociado solo al bienestar que resulta de la satisfacción de las necesidades, la responsabilidad se le atribuye fundamentalmente al Estado y a sus instituciones, que están obligados a garantizarla como derecho que contempla la Constitución Política de Colombia de 1991. Para quienes así

lo entienden, el Estado tiene las instituciones y las herramientas jurídicas mediante las cuales puede organizar la vida social y todo aquello que garantiza la calidad de vida, el entorno sano y la atención a la salud; por lo tanto, su apuesta y su propia responsabilidad, se orienta a luchar por la reivindicación del derecho para que este no se quede en el papel ni se supedite a criterios de ninguna naturaleza.

En consonancia con lo anterior, aparecen con fuerza dos motivaciones para vincularse a la acción colectiva por la salud: una muy relacionada con vivencias personales o familiares de negación o exclusión de la atención médica, que impulsa a los sujetos a trabajar, desde una perspectiva muy individual, para que “otros/as no pasen por lo mismo”; y otra relacionada con una mayor conciencia política que algunos grupos de población han ido adquiriendo sobre la obligación que tiene un Estado Social de Derecho como el colombiano, de garantizar la salud como derecho fundamental, en contraste con la historia pasada y reciente de recorte progresivo del mismo. Ambas motivaciones hacen que la acción responsable de estos sujetos esté orientada a desarrollar acciones jurídicas y políticas de movilización ciudadana para presionar al Estado a que cumpla con su responsabilidad.

*“Pues la responsabilidad de garantizar la salud originalmente es del Estado pero como está totalmente diluida, porque la delega a través de entidades privadas o de entidades territoriales, toca que nos organicemos y entre todos exijamos que cumpla con lo que le toca”*

Nicolás.

Logran advertirse, sin embargo, dos matices de la acción colectiva, asociados a esta manera de entender la responsabilidad con la salud. De un lado una acción contestataria, de presión al Estado, menos activa, en la que los sujetos se comprometen con la protesta y la reivindicación, pero básicamente están a la espera de que otras instancias, a las que les atribuyen el poder, les garanticen el derecho a la atención médica<sup>1</sup>; actitud que justifican por la

desconfianza en las instituciones del Estado y por su deslegitimación-debido a los vicios de corrupción, clientelismo y malversación de los dineros públicos-, pero que no está acompañada de autonomía organizativa y acción para promover su voz y su presencia dentro de los procesos políticos y para vislumbrar que en la propia movilización ciudadana se puede construir salud y derecho a la salud que vaya más allá del acceso a los servicios.

De otro lado, una acción de construcción de ciudadanía en la que los sujetos se expresan en términos de una responsabilidad “compartida”, que no solo tiene una concepción más integral del derecho a la salud -como derecho que abarca mucho más que la atención médica-, sino que asume que, si bien el Estado es el garante de la salud de la población, responsable de cumplir con la Constitución, defenderla y hacer exigible el derecho, los ciudadanos y ciudadanas también tienen la responsabilidad de construir mecanismos de organización, movilización y reclamación pública de sus demandas ante el Estado y ante otros actores, pero además tienen la responsabilidad de participar en la deliberación pública y en la elaboración de leyes y de políticas públicas, así como la obligación de monitorear, evaluar y juzgar si estas se cumplen.

La privación de derechos como el de la salud, a la que se enfrentan cotidianamente los miembros de estas organizaciones como experiencia propia o de los *contemporáneos*, es una de las formas de *desprecio*, según la teoría de Honneth (2005). Al igual que la marginación y la exclusión social, el despojo de derechos limita la autonomía personal y desconoce el status de sujetos en igualdad de condiciones. Por lo tanto, esta manera de entender la responsabilidad tiene como fuerza que la motiva el deseo de inclusión y de reconocimiento del que habla este autor cuando dice que “una fuerza motivacional en las disputas sociales o en la crítica social de las sociedades es el anhelo o la necesidad de estar realmente incluido en la sociedad, de ser reconocido dentro de la sociedad” (Cortés,

1 Es común que la responsabilidad, como el significado de la salud, consista -para estos sujetos- en conseguir la garantía del acceso a la atención a la enfermedad, lo cual está influenciado

por el enfoque predominante del derecho a la salud hoy en Colombia: un derecho que se reduce a un paquete limitado de prestaciones médicas y que depende de la capacidad de pago de los ciudadanos y ciudadanas.



2005, p. 10). Reconocimiento que demanda lo que Arendt (1974, p. 375) llama “el derecho a tener derechos” o a ser reconocidos como personas y ciudadanos o ciudadanas plenos, a tener la posibilidad de aparecer en la esfera pública, a expresar intereses y preocupaciones, ya proponer alternativas.

### 3.3 Responsabilidad como compromiso político y vinculación solidaria a un proyecto colectivo

Una tercera tendencia del sentido de la responsabilidad se configura a partir de considerar que, si bien el Estado con sus instituciones tiene una significativa responsabilidad en redistribuir equitativa y justamente los bienes y recursos, y en brindar garantías que hagan posible el vivir saludable, los ciudadanos y ciudadanas no pueden ceñirse al papel de reclamantes. No se niega la importancia de la lucha por derechos pero tampoco se desconoce que es un tema controvertido en la teoría social contemporánea, en la que, según Fraser (1991, p. 38), existen posiciones que plantean que “las demandas de derechos trabajan contra la transformación social radical al conservar rasgos de individualismo burgués”. Por eso estos sujetos asumen que la salud, que para ellos significa “buen vivir o vivir dignamente”, se construye en la medida en que todos y todas participen de un proyecto político que asuma como su principal objetivo la construcción de una sociedad democrática y equitativa.

*“El interés es trabajar con las personas en relación con la construcción de problemáticas de salud y dimensionar salidas de esas problemáticas, con personas de carne y hueso que vienen igual que nosotros trabajando otras problemáticas, alrededor de la niñez, alrededor de la cultura, es decir, como que hay un interés de construir colectivamente pensamiento y acción en relación a su proyecto de vida. (...) lo importante para nosotros es poder acompañar procesos comunitarios (...) ese es nuestro compromiso social y político.” Camilo.*

Aquí la responsabilidad se revela con un claro sentido de vinculación solidaria a un proyecto por una sociedad en la que la salud es uno de los asuntos a construir colectivamente. Es un sentido en el que la acción, que no es solo de quienes asumen cargos públicos, de técnicos o de líderes sociales y comunitarios, sino de toda la sociedad, es ante todo acción política o acción por el mundo de la pluralidad humana, más allá de los intereses individuales, como lo plantea Arendt, quien afirma que “en el centro de las consideraciones morales de la conducta humana se yergue el yo; en el centro de las consideraciones políticas del comportamiento se alza el mundo” (2007, p. 155). Ese mundo común arendtiano que surge cuando se reconoce la presencia de los otros; que lo sostienen las instituciones comunes como responsabilidad de todos y todas; que convoca a un compromiso activo, solidario y amoroso, que dignifica la existencia de quienes participan en su cuidado.

A quienes le dan este sentido a la responsabilidad los mueven diversas energías: una es la sensibilidad por el otro excluido cuya presencia los afecta, les demanda una respuesta y les reclama justicia. Otra es la pasión por lo que hacen y el poder de su compromiso con ese proyecto alternativo de sociedad; lo que significa que aquí priman las razones del sentir, más que las motivaciones estrictamente racionales de la segunda tendencia. Es decir, lo afectivo se transforma en potencia que genera cambios en los sujetos y en la realidad.

La capacidad de estos sujetos de sensibilizarse frente al llamado del otro, es algo en común con la primera tendencia; sin embargo, se diferencia radicalmente en que la respuesta no es la compasión judeo-cristiana sino el restablecimiento de la confianza, el reconocimiento de su dignidad y el respeto por la vida como su mejor argumento para aproximarse, ocuparse y cuidarse mutuamente. Desde este punto de vista ético, el valor de la solidaridad cambia, pues se habla de una “solidaridad para” alcanzar un objetivo común, por ejemplo la vida saludable -perspectiva política-, distinta a una “solidaridad por” el sujeto enfermo, como en el caso de la compasión desde la perspectiva religiosa.

De otro lado, la “pasión” por lo que hacen, es una fuerza que contribuye a que estos sujetos logren sobrepasar la banalidad que le dan las ideologías contemporáneas al sentido de la vida humana, superando el egoísmo individualista e interesándose por los demás; es decir, respondiendo al reto ético y político que representa la alteridad. Una pasión que se expresa como fortaleza que los impulsa a ser activos y por lo tanto se traduce en acción, porque en ellos, como se comentó antes, existe el “poder” de decidir cada comienzo, o lo que Arendt llama “natalidad”, que se transforma en libertad de “querer-poder” participar públicamente; “solo cuando el quiero y puedo coinciden se concreta la libertad” dice esta pensadora (1996, p. 172).

#### 4. Pensar la responsabilidad con la salud como asunto ético y político por la vida en una sociedad que se reconfigura

*“Aún estamos a tiempo de estrecharnos  
las manos  
y de tender puentes entre nosotros,  
para construir un mundo de justicia,  
donde la equidad y la diversidad de  
culturas emancipadas  
florezcan en mil formas de salud y nos  
permitan  
mantener con vida todos nuestros  
sueños.”  
Jaime Breilh*

El creciente número de colombianos y colombianas que no viven una vida saludable y a quienes les ha sido conculcado progresivamente el derecho a la salud, es el interés desde el cual los sujetos que participaron en esta investigación narran y reflexionan sus vivencias y configuran su identidad como actores de la movilización por la salud y el derecho a la salud; es la motivación desde la que construyen los significados y sentidos que han sido objeto de este ejercicio de comprensión.

Es evidente que el sentido que le otorgan a la responsabilidad estos sujetos tiene que ver con el significado que le dan a la salud. Por eso una mirada diferente de la responsabilidad pasa por de-construir nociones y significados de la

salud que reproducen el poder del pensamiento biomédico hegemónico y la reducen a la ausencia de enfermedad o al bienestar que resulta de satisfacer las necesidades. Si en cambio la salud se interpreta como un asunto socio-ecológico complejo, diverso, histórico y ligado a la estructura de la sociedad, la acción para producirla y conservarla deberá ser también amplia, diversa e integral; si se le reconoce el papel en el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, la acción por la salud deberá convertirse en acción por la vida.

Vista como la acción por la defensa y el cuidado de la vida, la acción responsable por la salud se convierte en un asunto que va más allá de lo técnico; es un asunto de la ética y la política, en el que confluyen todos los actores con sus intereses, necesidades y proyectos y por lo mismo representa un desafío en el que serán necesarias tanto las acciones de reivindicación de derechos consignados en la Constitución Política, como las acciones comprometidas con un cambio estructural transformador de una sociedad promotora de la vida, entendida -según lo propone Breilh (2010a)- como una sociedad sustentable, solidaria y saludable.

Con apoyo en Ricoeur (1996), podemos afirmar que la responsabilidad del sujeto que hace parte de la acción colectiva por la salud es ante todo una responsabilidad de orientación ético-política que supone un tipo de relación con el “sí mismo”, como sujeto de imputación moral. Es Ricoeur quien afirma que en esta época de grandes amenazas, el campo de la ética se amplía para darle a la responsabilidad otra aplicación diferente a la que le da el campo jurídico: la de responder al otro que interpela. Es decir, una responsabilidad que pone el acento en el compromiso vital con los otros -especialmente con los más vulnerables y excluidos-, con el fin de alcanzar “la vida buena con y para los otros en instituciones justas”. Este sentido ético de la responsabilidad nace de la fragilidad que producen las acciones de los seres humanos o, como dice Ricoeur (1993, p. 76), “tiene como correlato específico *lo frágil*, es decir, tanto lo perecedero por debilidad natural como lo amenazado por los envites de esa especie de violencia que parece formar parte del obrar humano”. Violencia

que toma diferentes formas, entre ellas la de la desigualdad y la exclusión del disfrute del vivir saludable, cuando se somete a las poblaciones a ambientes malsanos, a la inseguridad alimentaria, al desempleo, a la negación de los servicios de salud.

En resonancia con lo anterior, podríamos sustentar que la acción por la salud también hace parte de la “intencionalidad ética” o *ethos* ricoeuriano; el sistema de salud en la sociedad debe proyectarse como “institución justa” que contribuya a que todos los individuos y las colectividades alcancen la vida buena y desarrollen plenamente sus potencialidades. En la ética de la acción por la vida saludable el objetivo es la equidad, la inclusión y el reconocimiento de la dignidad humana,<sup>2</sup> que debe garantizar un sistema de instituciones y prácticas sanitarias que ponga en el centro mismo de las preocupaciones y los intereses a los seres humanos, sin que se los reemplace por los márgenes de ganancia que deja la compra y venta de los bienes y servicios a los que se reduce hoy la producción de la salud, o mejor, el control de la enfermedad.

Por tanto, sea que la responsabilidad por la salud se concrete en acciones orientadas hacia la compasión y el deseo de ayuda y servicio con quien es excluido, o en acciones de resistencia y movilización para demandar al Estado la garantía del derecho a la salud o, sea que se concrete como vinculación solidaria a un proyecto colectivo cuyo objetivo último es la construcción de una sociedad alternativa, en todos los casos la responsabilidad deberá tener un sentido ético, puesto que se acepta que la producción de la salud solo es posible desde la intersubjetividad, desde la relación con el otro o con los otros, situada en un contexto histórico específico.

Vinculada invariablemente a la perspectiva ética y en tanto son las interacciones humanas las que producen la salud, aparece la perspectiva política de la responsabilidad de los sujetos que se movilizan por el vivir saludable. Si el

objetivo de la vida saludable hace parte de ese mundo común en el que hombres y mujeres discuten, deciden y actúan, ese mundo en el que conjugan palabra y acción, y si entre todos y todas se acuerda qué es una vida saludable, cómo es posible alcanzar formas de vivir benéficas para la salud, cómo vincularse solidariamente al proyecto por la construcción de la vida saludable y qué responsabilidad le compete a cada quien, entonces la salud es un asunto de la política y la responsabilidad de los sujetos será una responsabilidad tanto ética como política.

Hoy en Colombia la acción política por la salud se ha centrado en la exigibilidad y la justiciabilidad del derecho a la salud como derecho fundamental, lo cual hace necesaria una discusión crítica tanto sobre el contenido de tal derecho como sobre aquello que lo fundamenta, para que esta reivindicación no termine siendo la trampa en la que caen los sujetos, que consiste en reducir la acción colectiva a la resistencia ante el Estado con el fin de que otorgue lo que él mismo -de acuerdo con sus intereses- ha definido como los contenidos de ese derecho.

Lo que tendría que hacerse como parte de la acción política responsable es construir otra manera de entender el derecho. Primero, en el sentido de que no lo otorga el Estado sino que se construye en la movilización y, segundo, en el sentido de cómo se define. El cómo se define implica redimensionar sus contenidos, pasando de la mera dimensión del acceso a la atención médica o al paquete mínimo de atenciones (Plan de Beneficios) que se fija simplemente por la capacidad de financiación del Estado, a un derecho multidimensional, integral e intercultural coherente con una visión renovada del significado de la salud.

Se debe vincular la demanda del derecho a la salud, a la de otros derechos del buen vivir, para que la reivindicación trascienda lo meramente singular y abarque asuntos que se configuran en las otras dimensiones de la realidad donde se producen los procesos que afectan positiva o negativamente la vida saludable y la dignidad humana; sin olvidar que en últimas “el tema de fondo que subyace es el debate ético con repercusiones jurídicas sobre el modelo de desarrollo, sobre el propio modelo civilizatorio

2 Dignidad humana, no como valor metafísico, sino como «valor que se materializa en las relaciones humanas alimentadas por el testimonio de lógicas de reconocimiento y acompañamiento, en especial a los ‘distintos’ y discriminados o desde ellos» (Gallardo, 2006, pp. 33-34).

y la necesidad de cambiar las bases mismas del modo de vivir” (Breilh, 2010b, p. 275).

En sentido amplio, lo anterior quiere decir que la acción colectiva de los sujetos que reivindican la salud debe responder a la necesidad de configurar un proyecto político alternativo en el que los fines estratégicos y los contenidos apunten a construir las bases económicas, sociales, culturales y políticas del buen vivir saludable. Para ello se requiere ir más allá de la reivindicación del derecho, que aunque importante, es una acción restringida que en la mayoría de los casos no interpela críticamente el proyecto vigente de sociedad. Se requiere ampliar la mirada a otros asuntos que están estrechamente relacionados con la salud, como las formas de trabajo y los modos de vivir dignificantes, las formas de recreación cultural e identitaria, la organización solidaria y los soportes colectivos y las relaciones armoniosas con la madre naturaleza (Breilh, 2010a).

Orientar la responsabilidad hacia la ayuda y el servicio, o hacia la resistencia y la reivindicación del derecho a la salud, puede llegar a jugar un papel importante pero limitado, pues la responsabilidad corre el riesgo de quedarse en la racionalidad individual que caracteriza la generosidad con la que actúan algunos de estos actores, o la racionalidad individual de la lucha por los derechos desde la perspectiva liberal. La construcción del vivir saludable, como beneficio común y como parte del buen vivir, solo podrá ser posible si se supera la resistencia a lo colectivo y se orienta la responsabilidad hacia la acción de todos y todas por un proyecto político, humano, solidario, de construcción de alternativas emancipadoras en el que la salud ocupe un lugar preponderante.

Para que este proyecto político alcance sus objetivos y se produzca una verdadera transformación, serán condiciones: reunir en una sola categoría la salud y la vida, lo que remite no solo al campo de lo político sino también al de la ética; desmedicalizar el campo de la acción colectiva en salud con el fin de que el proyecto político se abstraiga de la influencia del paradigma técnico funcionalista de la biomedicina; ubicar las acciones en todas las dimensiones de la realidad social que determinan el vivir saludable; darle importancia a lo local,

a lo diverso y a lo complejo, en coherencia con otra forma de entender la salud; fortalecer la organización y los movimientos sociales con relaciones solidarias que contribuyan a acumular energía social con la suficiente potencia transformadora. Y aunque esto será lo principal, no significa que se descarte la acción colectiva que presiona estratégicamente al Estado y acuerda otras maneras de concebir el derecho y de hacer resistencia creativa, simultáneamente a otras formas de acción política consciente.

Lo anterior demanda que la acción colectiva en salud esté mucho más orientada a la formación de conciencia crítica sobre lo que significa la construcción social de la salud y su relación con un proyecto global de nueva sociedad. Una tarea urgente será la formación de sujetos políticos, autónomos, capaces de deliberar y participar en la vida pública; sujetos individuales y colectivos que construyan otras maneras de ver, de representar la realidad y de organizarse socialmente. O dicho de otra manera,

(...) encontrar formas de ser y de relacionarse consigo mismo/a, con otros/as y con lo otro, más favorable al despliegue simultáneo de las potencialidades individuales y colectivas, [empezando] por la vía del *darse cuenta*, esto es, reconocer-se, cuidar-se, cuestionar-se, visibilizar-se en espacios de mayor pluralidad (Roldán-Vargas, 2009, p. 40),

donde puedan tramitarse políticamente asuntos de interés común como el de la salud.

La pregunta por la responsabilidad estará siempre antecedida -o por lo menos será simultánea- por la pregunta por el quién, por aquel o aquella que será responsable y que enfrentará los retos de construir la vida saludable. Entre los sujetos vinculados a las organizaciones que se movilizan por la salud es evidente que existen muy diferentes grados de desarrollo político, de autonomía, de conciencia histórica, y lo narrado por quienes participaron en esta investigación no permite deducir que sea un punto de preocupación al que se le esté dedicando especial atención. Es



preciso entonces que las organizaciones abran espacios propios de reflexión de las vivencias, de discusión y de formación, en los cuales esos sujetos de carne y hueso que, movidos por sus emociones, por la indignación o por su convicción y responsabilidad ético-política, participan de los debates y las tareas que implica la reivindicación de la salud, se construyan y crezcan como sujetos políticos.

Esto es, sujetos que vayan ganando capacidad de problematizar la realidad sanitaria y en general del país y de construir pensamiento propio, así como de actuar colectivamente; que se desprendan de las imposiciones que suelen venir de las instituciones del Estado que normatizan la participación en salud, o de los políticos de turno que manejan las cuotas burocráticas de las instituciones de salud; que sean críticos para romper con la provocación al individualismo en el que puede derivar la lucha por derechos como el de la salud; que avancen hacia escenarios y objetivos integrales de su acción política que, producto de la deliberación entre diversos, se conviertan en marcos de acción que conjuguen los sentidos y las necesidades compartidas. O como dice Breilh, (...) un “sujeto político” transformador de su realidad, con capacidades y prácticas emancipadoras orientadas a superar las múltiples enajenaciones que resultan de las relaciones de poder existentes. Así, no se esperaría una transformación del estado de cosas prioritariamente desde el poder estatal, sino desde la “intersubjetividad emancipadora entre las clases, los géneros y las etnias dominados (2003, p. 60).

Finalmente, si en sentido ético-político la responsabilidad con la salud implica una reconfiguración del orden social, de tal manera que hombres y mujeres, individuos adultos, jóvenes, niños y niñas, sientan suyo el compromiso por la vida y desde sus diferentes lugares de actuación aporten al agenciamiento saludable de la misma, de esta investigación se derivan entre otras las siguientes tareas que nos compete implementar de manera inmediata:

- Posicionar en la agenda pública el debate sobre la salud como construcción

colectiva de la que tanto el Estado como la sociedad civil y los sujetos en particular son responsables.

- Crear y fortalecer espacios de formación y socialización -la escuela, la casa, el parque, los sitios de atención en salud, etc.-, orientados al desarrollo de la vocación política desde temprana edad y a lo largo del curso de vida, en los que se pueda acceder a herramientas conceptuales y metodológicas que movilicen el discurso y la acción colectiva por la salud como bien común.
- Construir de manera participativa alternativas de resistencia creativa que interpelen el discurso hegemónico de la salud como mercancía y como un bien particular que se perpetua a través de la educación y los medios masivos de comunicación.

### Lista de referencias

- Arendt, H. (1974). *Los Orígenes del Totalitarismo*. Barcelona: Taurus.
- Arendt, H. (1996). *Entre el pasado y el futuro: Ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península.
- Arendt, H. (1998). *Crisis de la república*. Madrid: Taurus.
- Arendt, H. (2005). *De la historia a la acción*. Buenos Aires: Paidós.
- Arendt, H. (2006). *Sobre la Revolución*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Arendt, H. (2007). *Responsabilidad y juicio*. Barcelona: Paidós Básica.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010a). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Em R. Passos (org.) *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes.
- Breilh, J. (2010b). *Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. ¿Estado constitucional de derechos? Informe sobre derechos humanos*. Quito: Abya-Yala.

- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D. C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2007). *Ley 1122. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D. C.: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D. C.: Congreso de la República de Colombia.
- Cortés, F. (2005). Reconocimiento y justicia. Entrevista con Axel Honneth. *Estudios Políticos*, 27, pp. 9-26.
- Cruz, M. (1999). Acerca de la necesidad de ser responsable. En M. Cruz & R. Aramayo (comps.) *El reparto de la acción. Ensayos en torno a la responsabilidad*. Madrid: Trotta.
- Echavarría, C. V., Restrepo, P. A., Callejas, A. A., Mejía, P. X. & Alzate, A. M. (2009). La responsabilidad moral y política: una mirada juvenil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7 (2), pp. 1439-1457.
- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. *Debate Feminista*, 3 (2), pp. 3-40.
- Gadamer, H. G. (1993). *Verdad y Método I. Fundamentos de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.
- Gallardo, H. (2006). *Derechos humanos como movimiento social*. Bogotá, D. C.: Desde Abajo.
- Granda, E. (2007). *El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico*. Quito: Varios.
- Hernández, M. E. (2003). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: D. I. Restrepo (ed.) *La falacia neoliberal: críticas y alternativas*. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández, M. E. (2013). *Reforma a la salud: el proyecto del gobierno legitima el negocio*. Bogotá, D. C.: Razón Pública.
- Honneth, A. (2005). *Reconocimiento y justicia. Areté: Revista de Filosofía*, 17 (02), pp. 273-294.
- López, O., Escudero, J. C. & Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, Alames. *Medicina Social*, 3, pp. 323-325.
- Luna, M. T. (2006). *La intimidad y la experiencia en lo público*. Tesis de doctorado. Universidad de Manizales-Cinde, Manizales, Colombia.
- Mèlich, J. C. (2010). *Ética de la compasión*. Barcelona: Herder.
- Ricoeur, P. (1993). *Poder, fragilidad y responsabilidad*. Barcelona: Paidós.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. México, D. C.: Siglo XXI.
- Roldán-Vargas, O. (2009). *Darse cuenta para tener en cuenta... al otro y a la otra. Niñez y juventud latinoamericanas. Experiencias de relacionamiento y acción colectiva*. Medellín: Cinde.
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Paidós.
- Schütz, A. (2003a). *El Problema de la Realidad Social*. Buenos Aires: Amorrortu.