



Salud Colectiva y Salud Pública, ¿Se está hablando de lo mismo?

## 18

Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo?

# GUADERNOS DEL DOCTORADO

## Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo?

#### María Carolina Morales Borrero Editora

Enero de 2017



Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Salud colectiva y salud pública : ¿se está hablando de lo mismo? / María Carolina Morales Borrero, editora. -- Primera edición. -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá). Doctorado en Salud Pública, 2016.

120 páginas : ilustraciones. -- (Cuadernos del doctorado ; no. 18) (Salud pública y nutrición humana)

Incluye referencias bibliográficas ISBN 978-958-775-958-7 (rústica).

 Medicina social 2. Salud pública 3. Educación en salud pública profesional 4. Servicios de salud para la comunidad 5. Práctica médica 6. Personal de salud pública -- Responsabilidad profesional I. Morales Borrero, María Carolina, 1964-, editor II. Serie

CDD-21 362.109861 / 2017

#### Cuadernos del Doctorado No. 18

Salud colectiva y salud pública. ¿Se esta hablando de lo mismo?

© Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá,

Facultad de Ciencias, Facultad de Ciencias Humanas, Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina y Facultad de Odontología

© Doctorado en Salud Pública

© Autores varios

María Carolina Morales Borrero, Beatriz Elena Arias López, Martha Esperanza Fonseca Chaparro, Dora Lucía Gaviria Noreña, Oliva López Arellano, Anderson Rocha Buelvas, Berena Patricia Torres Marín

Primera edición, 2017

ISBN: 978-958-775-958-7 (Papel)

Facultad de Medicina Decano Vicedecano de Investigación Vicedecano Académico Coordinadora Centro Editorial

Financiación Preparación editorial

Corrección de estilo Diseño de carátula y diagramación Ariel Iván Ruiz Parra Fernando Pío de la Hoz Restrepo Juan Manuel Arteaga Díaz Ángela Manuela Balcázar Muñoz

Doctorado en Salud Pública Centro Editorial Facultad de Medicina upublic\_fmbog@unal.edu.co

Ingrid Alexandra Alarcón Montaña Gustavo Antonio Díaz Toro

Impreso y hecho en Bogotá, D. C., Colombia, 2017

Atribución – Sin derivar – No comercial: el material puede ser distribuido, copiado y exhibido por terceros si se muestra en los créditos. No se puede obtener ningún beneficio comercial. No se pueden realizar obras derivadas.

Los conceptos emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen el criterio de los editores o el de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

#### ÍNDICE

Presentacion9
Capítulo 1 SALUD COLECTIVA Y SALUD PÚBLICA, ¿SE ESTÁ HABLANDO DE LO MISMO? Oliva López Arellano
Capítulo 2 DEBATE ENTRE SALUD COLECTIVA Y SALUD PÚBLICA María Carolina Morales Borrero Anderson Rocha Buelvas31
Capítulo 3 UN DEBATE PRODUCTO DE LA EXPERIENCIA Y LA CONSTRUCCIÓN ACADÉMICA EN ANTIOQUIA Dora Lucía Gaviria Noreña
Capítulo 4 VEINTE AÑOS CONSTRUYENDO LA SALUD COLECTIVA. LA EXPERIENCIA DE LA MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Beatriz Elena Arias López Berena Patricia Torres Marín
Capítulo 5 LA SALUD COLECTIVA: UNA EXPERIENCIA DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Martha Esperanza Fonseca Chaparro
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL DEBATE Y LA ACCIÓN COLECTIVA117

#### **AUTORES**

#### Beatriz Elena Arias López

Enfermera, maestra en Educación y Desarrollo Comunitario, doctora en Salud Mental Comunitaria, profesora de la Universidad de Antioquia.

Correo electrónico: beatriz.arias@udea.edu.co

#### Martha Esperanza Fonseca Chaparro

Odontóloga, coordinadora Grupo de Investigación Salud Colectiva, directora de programas curriculares de la Facultad de Odontología, profesora Universidad Nacional de Colombia.

Correo electrónico: mefçonsecac@unal.edu.co

#### Dora Lucía Gaviria Noreña

Enfermera, magíster en Salud Colectiva, especialista en Epidemiología, docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Correos electrónicos: dora.gaviria@udea.edu.co, doralgaviria@gmail.com

#### Oliva López Arellano

Médica, maestra en Medicina Social, doctora en Ciencias en Salud Pública, coordinadora del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana–Xochimilco (México).

Correo electrónico: oli@correo.xoc.uam.mx

#### María Carolina Morales Borrero

Odontóloga, maestra en Administración en Salud, doctora en Salud Pública, profesora asociada de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.

Correo electrónico: mcmoralesb@unal.edu.co

#### Anderson Rocha Buelvas

Odontólogo, doctorante en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. *Correo electrónico:* rochabuelvas@gmail.com

#### Berena Patricia Torres Marín

Antropóloga, maestra en Salud Colectiva, doctoranda en Antropología Social, profesora de la Universidad de Antioquia.

Correo electrónico: berena.torres@udea.edu.co

#### **PRESENTACIÓN**

En esta obra, el Grupo de Investigación en Salud Colectiva (GISC) de la Facultad de Odontología, que forma parte del Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, expone el debate más reciente entre dos corrientes de pensamiento: la salud pública y la salud colectiva. El propósito de este trabajo es ofrecer al lector un panorama crítico de estas corrientes, junto con sus vacíos, aportes y desafíos al área de la salud, a la luz de las crecientes inequidades que tienen lugar en el territorio colombiano. Para ello, el grupo se enfoca en la formación de los trabajadores de la salud, por ser una de las funciones esenciales de la *alma mater* estrechamente vinculada a la investigación y la incidencia política.

La crisis actual de la salud pública en Colombia invita a reflexionar sobre la formación de los trabajadores en salud desde dos perspectivas distintas y en permanente debate: la salud colectiva o medicina social y la salud pública. Se parte de los aportes desarrollados en la Universidad Autónoma Metropolitana de México, que fue la primera institución de América Latina en formular un programa de posgrado (maestría) en medicina social. Del contexto colombiano, se analizan las dos experiencias de formación en salud colectiva existentes, ambas de universidades públicas: un programa de pregrado de la Universidad Nacional de Colombia creado hace más de 50 años y un programa de

posgrado de la Universidad de Antioquia, establecido hace 20 años. Esto con el fin de valorar los aciertos y los desafíos de la formación de trabajadores de la salud en el territorio nacional, teniendo en cuenta el proceso de organización de la salud colectiva latinoamericana desde la década de los setenta hasta ahora, y sus relaciones con la medicina preventiva y la salud familiar y comunitaria. Con tal fin, se plantea una pregunta para orientar el debate que busca identificar las diferencias y semejanzas de los enfoques, métodos y prácticas de la salud colectiva y la salud pública: ¿Se está hablando de lo mismo?

Más allá de fomentar polarizaciones, con este debate se busca: a) enriquecer la comprensión de cada corriente de pensamiento en salud, b) señalar mecanismos y opciones de intervención de las inequidades y c) concretar los derroteros pendientes en la formación de los profesionales de la salud para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia.

En este *Cuaderno del Doctorado*, el debate entre salud colectiva y salud pública se registra en cinco capítulos dedicados a las experiencias, avances, vacíos, conclusiones y recomendaciones de los tres programas académicos antes mencionados: el primer capítulo para México, el país invitado al debate, y los cuatro capítulos restantes para Colombia.

La profesora, investigadora y actual coordinadora del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de México, Oliva López Arellano, aporta una revisión rigurosa sobre el proceso de formación en medicina social y, posteriormente, en Ciencias de la Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana de la Unidad Xochimilco (UAM—X). Los argumentos centrales de este primer capítulo radican en las condiciones sociales que explican el surgimiento de una propuesta contrahegemónica de formación de trabaja-

dores de la salud, en las bases para enfrentar problemáticas en salud de alta complejidad y gravedad con los enfoques, categorías y herramientas construidas, y en el trabajo epistemológico. La potencia de un trabajo transdisciplinar, crítico y comprometido como este reside en la intervención de las necesidades en salud de las comunidades, lo cual implica desarrollos metodológicos y praxiológicos concretos, mediante diversas experiencias de gobierno, tales como la de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de México y los aportes al sistema de salud mediante pautas de comprensión e intervención de las desigualdades e inequidades en distintos niveles y sectores.

En el segundo capítulo, se describe el debate entre la salud colectiva y la salud pública, a partir de la disputa entre las hegemonías y contrahegemonías en el conocimiento del campo de la salud.

En el tercer y cuarto capítulo se presenta el trabajo de la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia; en primera instancia, la organización de las bases epistemológicas de la formación en este campo con el trabajo de la profesora e investigadora Dora Lucía Gaviria; y en segundo lugar, la trayectoria y aportes de las docentes e investigadoras Beatriz Elena Arias López y Berena Patricia Torres Marín de la misma universidad, a los desarrollos metodológicos y prácticos. La propuesta de formación de la Facultad de Enfermería se basa en la premisa del cuidado de la salud y la vida, en una relación estrecha entre el saber y la práctica, que destaca el servicio social y el trabajo interdisciplinario frente al trabajo institucional convencional al momento de abordar las problemáticas de salud con las comunidades.

En el quinto capítulo, la ex coordinadora del Grupo de Investigación en Salud Colectiva, exdirectora de programas curriculares de la Facultad de Odontología y profesora de

la Universidad Nacional de Colombia, Martha Fonseca, sintetiza la primera experiencia del país en formación social de estudiantes de pregrado de la Facultad de Odontología. Asimismo, la profesora Fonseca registra los aportes y preguntas del grupo de profesores vinculados al Departamento de Medicina Preventiva y Social, una unidad académica básica de la Universidad Nacional relacionada con este debate desde la década de los sesenta. La influencia de Juan César García desde la OPS, quien propone y respalda la formación en medicina social para la región, facilita el inicio de esta experiencia en la universidad pública. Como se señala en el texto, esta iniciativa dio lugar al Departamento de Medicina Preventiva y Social, el cual cambió su enfoque y su nombre por el de Salud Colectiva, como resultado del trabajo y la convicción de varios profesores de la Facultad de Odontología de la misma universidad. Cabe aclarar que en este Cuaderno no es posible presentar los debates sobre la formación en salud colectiva en los programas de pregrado de otras facultades.

Por último, se exponen los aciertos y retos de la salud colectiva en Colombia, a manera de conclusiones y recomendaciones, junto con los aportes presentados por los invitados y asistentes al debate.

Agradecemos a quienes facilitaron la realización del debate: a los ponentes y asistentes, al Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que presentó la contribución al sistema de salud de la ciudad por parte del médico social Jaime Urrego, y al profesor Jair Ospina del Departamento de Salud Colectiva por los aportes a la coordinación del evento. Finalmente, por su respaldo financiero para el evento, agradecemos al proyecto Building Sustainable Research Capacity for Health and its Social Determinants in Low and Middle-Income Countries (SDH–Net), financiado por el

Séptimo Programa Marco de la Unión Europea International Public Health & Health Systems.

María Carolina Morales Borrero.

Profesora asociada, Facultad de Odontología
de la Universidad Nacional de Colombia.
Representante de la Facultad de Odontología
en el Subcomité Asesor del Doctorado en Salud Pública, 2007–2016.

## CAPÍTULO 1 SALUD COLECTIVA Y SALUD PÚBLICA, ;SE ESTÁ HABLANDO DE LO MISMO?

Oliva López Arellano

#### INTRODUCCIÓN

La salud pública (SP) se define como un campo de saberes y prácticas que aborda la salud de los colectivos humanos y las respuestas sociales organizadas para promoverla y mejorarla. Aunque se constituye formalmente como profesión hasta mediados del siglo xx, su existencia se identifica desde civilizaciones antiguas como la egipcia, la india, la griega y la romana, las cuales desarrollaron conocimientos y pusieron en práctica acciones para mantener la salud de sus poblaciones y enfrentar la enfermedad (1,2). En su desarrollo histórico se identifican algunos modelos sanitarios, entre los que se destacan: el higienista, que tiene como objeto la prevención de los peligros para la salud a través del saneamiento del medio; el preventivista, que desarrolla la prevención específica frente a enfermedades particulares; y el multicausal, que incorpora las ciencias sociales y de la conducta, anclado en la noción de riesgo, la inferencia estadística y el modelaje matemático y que, en su versión más actual, privilegia los modelos gerenciales, las intervenciones costoefectivas y los paquetes básicos de atención sanitaria (3-8).

La perspectiva médico social y de salud colectiva (sc) inicia cuando se cuestionan los límites de estos modelos para enfrentar los problemas de salud poblacional. La sc impulsa la comprensión de la salud de los grupos humanos como un objeto complejo, busca que los resultados se den por medio de procesos de determinación social y propone transformaciones estructurales para producir salud. En este desarrollo, tres componentes se perfilan como esenciales en la definición del campo y forman parte de su núcleo identitario: cómo se concibe la salud/enfermedad (se), cómo se explica su producción a nivel poblacional y cuáles son las propuestas para su transformación.

#### SALUD PÚBLICA

Como campo especializado, la SP pretende comprender las fuerzas que determinan la SE como fenómeno colectivo e intervenir en el espacio donde los actores sociales se organizan para promover la salud y enfrentar la enfermedad. Por tanto, se trata de un campo interdisciplinario que reconstruye el objeto salud en su dimensión poblacional y lo aborda en su configuración plural, con un conjunto de problemas de diversa naturaleza que se encuentran articulados entre sí, no solamente por su relación lógica, sino también por sus relaciones políticas, sociales y éticas, en contextos histórico—sociales particulares (9).

En sentido amplio, sp se puede definir como todo aquello que la sociedad construye colectivamente para asegurar las condiciones que permitan mantener la salud de sus pobladores (10). En esta definición, el accionar social y la dimensión colectiva para mantener y producir salud son insoslayables y remiten a la necesidad de pensar la sociedad, sus formas de organización y los distintos planos en los que se produce y expresa la salud (11). La construcción, comprensión y transformación de este objeto plural se perfila por diferentes

rutas, lo que da lugar a distintos modelos de interpretación e intervención dependiendo de cómo se entiende lo social, cómo se concibe la SE, cómo se explica su distribución y sus determinantes en poblaciones y cómo se establece con la enfermedad en su dimensión colectiva. Justamente en estas rutas de interpretación y acción, la SP se bifurca en lo que Laurence Gostin denomina «las perspectivas acotada y ampliada» (12).

Por un lado, la visión acotada o convencional se mantiene anclada al modelo biomédico, se centra en la enfermedad y privilegia la tecno-intervención para reducirla. Su proceder se inscribe en el método positivista y en la noción de riesgo, y se orienta al estudio de los factores que afectan la salud de la población, sean estos biológicos, ambientales, conductuales o sociales, con el propósito de modificar las exposiciones riesgosas. Por otro, la perspectiva ampliada entiende la se como resultado de los modos de vida de los colectivos y expande su mirada a los procesos sociales productores de enfermedad y muerte, para así proponer intervenciones sociosanitarias y transformaciones estructurales. La medicina social y la sc latinoamericanas se inscriben en esta perspectiva y avanzan en la comprensión de la se como proceso social, en la historicidad de la biología humana y en la determinación social de la salud, y proponen incidir en las condiciones estructurales que producen inequidades sociosanitarias. Esta mirada marca diferencias filosóficas, teórico-metodológicas e instrumentales respecto a la salud pública convencional y a los horizontes de búsqueda de la salud.

## Salud pública convencional frente a salud pública ampliada

Las visiones convencional y ampliada se mantienen en polémica permanente y, más allá de su consistencia

científica interna, su visibilidad o hegemonía, cada una de ellas depende de procesos socioeconómicos e ideológicos que amplían o limitan sus espacios de desarrollo (13). Es decir, la aparición, la vigencia o el predominio de alguno de estos modelos de interpretación sobre la salud, la enfermedad y los procesos de atención/cuidado, corresponde a distintos momentos de desarrollo de la salud pública, ligados estrechamente al avance alcanzado por una sociedad particular y a la forma como en ella se conciben estos fenómenos (14).

La salud pública convencional, cuya base explicativa fundamental se asienta en la perspectiva biomédica y en factores de riesgo, tiene un desarrollo acelerado cuando las formas de organización social requieren de un mayor control de la naturaleza, de condiciones mínimas de saneamiento y modelación de subjetividades para garantizar la expansión industrial, la ampliación de mercados, la subordinación de consumidores y la expansión del «biopoder» capitalista.

La salud pública ampliada, en particular los modelos sociomédicos o de sc, tiene mayor visibilidad e impulso en los momentos de crisis y reorganización de las formas de acumulación del capital y en coyunturas históricas caracterizadas por amplias movilizaciones populares y diversos cuestionamientos al orden social.

#### **Modelos explicativos**

El discurso de la SP convencional mantiene la perspectiva de la biomedicina, estudia la enfermedad y la muerte para entender la salud y tal como lo señaló Edmundo Granda, se basa en el método positivista para explicar el riesgo de enfermar y morir en las poblaciones humanas, en el estructural–funcionalismo para comprender la realidad social y en el reconocimiento del poder del Estado como

fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad (15). Esta visión reconoce y previene riesgos, interviene en las causas que transforman al individuo sano en enfermo y contribuye a la construcción de supuestos mundos más seguros y libres de enfermedad. Así, se ubica por fuera y antes de que el conjunto de individuos enferme, por lo que su quehacer se centra en trabajar sobre potenciales pacientes que, al establecer relaciones con animales, vegetales, cosas y personas, pueden enfrentar riesgos de enfermar y morir (15). Los riesgos biológicos, ecológicos y sociales tienen la misma importancia en la producción de una enfermedad, por lo que es de importancia identificar los factores causales y el peso (probabilístico) que cada uno de ellos tiene para el evento resultante (16-18). En esta perspectiva se ubican los modelos higienista, preventivista y multicausal que han contribuido al saneamiento del medio, la prevención de daños específicos, la regulación de exposiciones nocivas, el control de ciertas enfermedades y la reducción de muertes prematuras. Sus acciones son de aceptación generalizada, pero resultan limitadas para abordar la producción social de la salud y para instrumentar propuestas integrales (19).

Dentro de esta perspectiva, es importante mencionar el modelo ecosocial, propuesto por Nancy Krieger, y la epidemiología social anglosajona, ya que ambas propuestas avanzan en la inclusión de factores sociales y en su jerarquización. Al complejizar la aproximación a la SE en poblaciones a través de los postulados de la salud pública señalados por Granda, logran establecer puentes con la SP ampliada, y los resultados de sus investigaciones aportan a la reducción de desigualdades sociosanitarias y a las transformaciones estructurales (22).

La perspectiva ampliada de la SP propone analizar los determinantes sociales de la salud, obliga a pensar la salud en su dimensión sociohistórica incorporar dimensiones y categorías analíticas para su comprensión. En esta visión de la SP se ubica la medicina social y la SC, las cuales plantean que tanto lo social como lo biológico tienen estatutos distintos y reconocen la historicidad de la biología humana y su subordinación a lo social (23). La SP ampliada propone que el origen de la SE no se localiza en el cuerpo individual, sino en condiciones sociales que exacerban o desencadenan procesos riesgosos o producen influencias amortiguadoras, producto de una compleja estructura de determinación y como resultado de la articulación contradictoria entre procesos protectores y procesos de deterioro (24).

Para abordar el carácter social de la SE, la visión ampliada incorpora categorías que expresan relaciones como por ejemplo: estrategias de vida, género e identidad sexual, generación, espacio sociohistórico, clase social y necesidades humanas, entre otras. Estas categorías permiten reconstruir formas particulares de producción/consumo y recuperar las dimensiones simbólicas y de sentido que se manifiestan en patrones específicos de protección/deterioro de la salud (25-29).

La sc devela la dimensión económica y político-ideológica de las respuestas en salud en la reproducción de la fuerza de trabajo, la apertura de espacios de acumulación, la circulación de mercancías «para la salud», el papel del Estado y la configuración de instituciones sanitarias, la legitimación de saberes en SE y la disputa por el control de los cuerpos (30-33). Por tanto, las propuestas para producir salud y combatir la enfermedad trascienden la dimensión médico-sanitaria, pero resultan políticamente conflictivas, más complejas de instrumentar y menos precisas en su dimensión operativa (2).

Así, la sp denota una polisemia que permite la expresión de diferentes perspectivas y modelos de saberes y

prácticas, ligados a cambios históricos y a tradiciones teóricas relativamente independientes y con frecuencia contrarias, que imponen al discurso sus términos y su racionalidad (figura 1.1) (34).

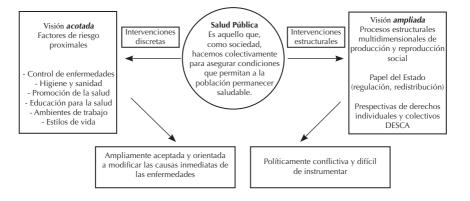


Figura 1.1. Polisemia en la salud pública.

Fuente: adaptada de (12).

#### SALUD PÚBLICA FRENTE A SALUD COLECTIVA

Si bien el campo de la SP se constituye en un espacio de encuentro interdisciplinario y de convergencia de diversas corrientes del pensamiento social en salud, también es cierto que, tanto en los postulados teóricos como en su quehacer práctico, los abordajes desde la sc plantean diferencias conceptuales, metodológicas e instrumentales para aproximarse al proceso SE. Entre los puntos de convergencia se identifican el reconocimiento del doble carácter de la SE en su dimensión social—biológica, el papel protagónico que los procesos sociales juegan en su determinación y la multicausalidad jerarquizada que opera en la producción de la salud y la enfermedad colectiva. Mientras que las diferencias radican en cómo se reconstruye lo social, cómo se reconocen e

interpretan los mecanismos de determinación y las formas de exploración del plano empírico (13).

Con respecto a la reconstrucción de lo social, la SP se adscribe a las llamadas teorías del consenso, las cuales se caracterizan por plantear el equilibrio, la funcionalidad del orden social y la estratificación social (35,36). Desde esta visión, la desigualdad es inevitable pues toda estratificación representa una jerarquía de valores y un sistema social de recompensas. En contraste, la sc reconstruye lo social desde las teorías del conflicto, las cuales plantean el cambio social como resultado de contradicciones entre los distintos grupos sociales y ubican las causas de la desigualdad en la naturaleza de las formas de producción y en la distribución de la riqueza de una sociedad. Desde la perspectiva de las teorías del conflicto, las causas de la desigualdad son un producto de la contradicción histórica entre propiedad privada, producción colectiva y apropiación inequitativa de la riqueza (13). Los grupos sociales no se definen como agrupaciones homogéneas de individuos respecto a uno o varios criterios de clasificación, sino por la forma como actúan unos en relación con otros en condiciones particulares; en este sentido, las clases sociales no preceden a su relación sino son su resultado (37).

Por otra parte, la SP propone el estudio de los determinantes sociales a través de la identificación de factores causales naturales, ecológicos y sociales, en donde lo social es externo y tiene la misma importancia que lo biológico en cuanto a la generación de la enfermedad. Ambos son reconocidos como factores de riesgo o componentes causales que actúan en distintos niveles respecto al efecto, asignándoles especificidad etiológica. En tanto que para la salud colectiva, dicha determinación se vincula a la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biopsíquicos, y que requieren ser reconstruidos teóricamen-

te en términos de su configuración histórica; la se es social en sí misma y es síntesis del entramado entre estructuras y sujetos sociales con capacidades de acción y de sentido.

En términos de la investigación concreta, ambas perspectivas presentan ventajas y limitaciones: los modelos en SP, cuyo énfasis explicativo se centra en variables clasificatorias, facilitan la exploración empírica y logran descripciones detalladas; sin embargo, su aproximación a los determinantes estructurales de la salud es insuficiente, ya que reducen los diferenciales de SE (expresivos de la desigualdad social) a diferencias individuales en cuanto condiciones, capacidades, habilidades y conocimientos. Estos modelos identifican relaciones causales en términos probabilísticos, pero presentan limitaciones para comprender los procesos de determinación social.

La sc propone trabajar con variables relacionales, que además de describir las condiciones de SE, pretende explicar su determinación y distribución diferencial a través de un proceso de construcción conceptual. Sin embargo, la complejidad metodológica que entraña la exploración de relaciones hace difícil estudiar la distribución y los determinantes de la SE en todas sus dimensiones. Una limitación frecuente en la investigación empírica es el despliegue de las categorías generales y el desarrollo de mediaciones.

#### LOS RETOS DE LA SALUD COLECTIVA

A pesar de los avances en la comprensión de la determinación social de la salud, la sc no ha resuelto suficientemente la trama teórico-metodológica que fundamenta su propuesta de abordaje. Se mantienen como necesidad de la sc: a) profundizar en la relación entre historia y naturaleza, b) afrontar los retos teóricos no resueltos referidos al análisis de las relaciones entre lo biológico y lo social y c) remontar

las insuficiencias de las teorías sociales para comprender la relación del individuo en la colectividad. Así mismo, se requiere profundizar en las temporalidades de los procesos y reconocer que las regularidades sociales se expresan en el largo tiempo histórico, mientras que existen fenómenos cuya lectura requiere hacerse en un periodo más corto (38).

Respecto a las dimensiones social y biológica, es necesario seguir construyendo la trama teórica que sustente su articulación, mostrando sus vínculos y los dominios de esa relación. Es decir, entender la manifestación mórbida como hecho individual e irrepetible, situado en la multidimensionalidad de procesos colectivos, que necesariamente obliga a la convergencia y articulación de las explicaciones biológicas que sustentan la base material, la comprensión del sujeto y su capacidad de acción, y el abordaje de la sociedad como totalidad compleja (39-41).

La ampliación del campo y la reformulación particular de los objetos de estudio es otro ámbito de quehacer inacabado. Para enfrentarlo, es preciso trascender la visión medicalizada y forzar el movimiento del campo hacia la salud y a los momentos intermedios del proceso SE, superar la perspectiva determinista que aún domina en muchos planteamientos de la SC, incorporar la importancia de la acción humana en la construcción de lo social y transversalizar categorías que permitan visibilizar la dinámica social para la comprensión del proceso vital humano (etnia/origen, género, generación, clases y actores sociales, entre otras).

En la perspectiva de fortalecer la comprensión sobre las prácticas especializadas en salud, es necesario superar la «especialización» temática y realizar investigaciones que articulen los distintos niveles y dimensiones de la realidad. Así mismo, favorecer la convergencia de distintas disciplinas y avanzar en la investigación transdisciplinaria.

Un ámbito de desarrollo adicional está constituido por la sistematización y el fortalecimiento de los diversos métodos para aproximarse al estudio de las condiciones y los sistemas de salud, que van desde abordajes cualitativos como historias de vida, análisis del discurso, análisis de contenido, mapeo político, análisis prospectivo y construcción de escenarios, hasta técnicas cuantitativas, basadas en modelaje matemático (42-44).

Además de continuar impulsando líneas de investigación ya consolidadas, es importante desarrollar otros ámbitos de estudio, entre los que destacan: la ética de la salud colectiva, que reconoce el carácter esencialmente político de la práctica sanitaria y, por lo tanto, incorpora principios fundamentales de la ética política como la solidaridad, la responsabilidad, la precaución, la protección y la participación (45); la construcción de nuevos parámetros de evaluación de los sistemas de salud y de gestión sanitaria; la investigación sobre procesos concretos de construcción de ciudadanía; el monitoreo de las estrategias operativas en el marco de las reformas de mercado; el estudio del impacto de estas reformas sobre la polarización social y las brechas socio-sanitarias; y la investigación sobre los cambios en las relaciones de poder, la constitución de nuevos actores y los procesos de medicalización como mecanismos contemporáneos de la biopolítica.

#### **CONSIDERACIONES FINALES**

El desarrollo de diversos modelos en SP y la diversidad de perspectivas remiten a la polisemia del campo y a la complejidad del objeto de estudio. Si bien los modelos simplifican la realidad, el contraste entre la perspectiva de la SP convencional y la visión de la SP ampliada permite identificar los alcances y las limitaciones de ambas aproximaciones en la construcción de condiciones que permitan

a la población permanecer saludable. Así mismo, en este esquema es posible ubicar la sc como parte de la sp ampliada y, simultáneamente, reconocer sus diferencias y su contribución a la reformulación de los saberes y las prácticas en salud, así como identificar un conjunto de desafíos a futuro.

Sin perder la identidad crítica de la sc y reconociendo e incorporando los diversos aportes de la SP, es preciso profundizar en una visión que permita entender las articulaciones y dimensiones múltiples del campo, enfrentar los retos en salud a través de propuestas integrales y generar conocimientos transdisciplinarios. Asimismo, es importante fortalecer el encuentro entre las distintas perspectivas en SP y la suma de actores en agendas por la salud, para fortalecer la capacidad de respuesta de nuestras sociedades frente a las necesidades humanas y garantizar en calidad y cantidad satisfactores esenciales para la vida digna.

#### **REFERENCIAS**

- 1. Rovere M. Gestión de la calidad de los posgrados en Salud Pública; adecuación crítica en un mundo de cambio. OPS/ALAESP; 2003.
- 2. López S, López O, Puentes E. Concepto de salud pública. México DF: Observatorio de la Salud Pública en México 2010, UAM-Xochimilco. 2011; p. 19–27.
- 3. Leavell H, Clark E. Preventive medicine for doctor in this community. An epidemiologic approach. New York: Mc Graw-Hill. Book Company; 1995.
- 4. Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS), editor. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington D.C.: OPS. 1992; p. 185–204.
- 5. Frenk J. Capítulo I: Base conceptual y Capítulo II: El universo de la nueva salud pública. En: Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1994.
- 6. Arouca S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo-sp: Editora UNESP. Rio de Janeiro-RJ: Editora FIOCRUZ.

- 7. Márquez M. Formación del espíritu científico en salud pública. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2011 [citado 11 de octubre de 2016]; 37(Supl):585-601. Disponible en: https://goo.gl/sn86U0.
- 8. López O, Rivera J, Blanco J. Determinantes sociales y salud–enfermedad en México. Cambios rupturas y perspectivas. En: Chapela MC, Contreras ME, coord. La salud en México. 2011 [citado 11 de octubre de 2016]; p. 93–124. Disponible en: https://goo.gl/bdPQBI.
- 9. Restrepo DA. La salud pública como ciencia social: reflexiones en torno a las condiciones de posibilidad de una salud pública comprensiva. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2011 [citado 12 de octubre de 2016]; 29(1):94–102. Disponible en: https://goo.gl/vb4A2o.
- 10. Institute of Medicine (IOM). Committee for the study of future of public health. Washington: The National Academy Press; 1988.
- 11. Jarillo E, López O. Salud Pública. Objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Rev. Salud Pública*. 2007 [citado 10 de octubre de 2016]; 9(1):140–54. Disponible en: https://goo.gl/KVEOzD.
- 12. Gostin L. Public health law and ethics: a reader. Berkeley: University of California Press and Milbank; 2002 [citado 10 octubre de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/UQZeo7.
- 13. López O, Blanco J. Modelos sociomédicos en Salud Pública. Coincidencias y desencuentros. *Salud Pública Mex.* 1994 [citado 10 de octubre de 2016]; 36(4):374–84. Disponible en: https://goo.gl/YcMA6W.
- 14. López O, Peña F. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: De la Garza, E, coord. Tratado Latinoamericano de Sociología. México: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana–Iztapalapa. 2006 [citado 12 octubre de 2016]; p. 278-99. Disponible en: https://goo.gl/IFSHK1.
- 15. Granda E. Formación de salubristas: algunas reflexiones. En: La salud colectiva a las puertas del siglo xxi. 1. ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
- 16. MacMahon B, Pugh TF. Suicide in the widowed. Am J Epidemiol. 1965 [citado 13 de octubre de 2016]; 81:23–31. PMID: 14246077.
- 17. Susser M. Causal thinking in the health sciences: concepts and strategies of epidemiology. 1973 [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/y7AdyF.
- 18. Rothman KJ. Modern epidemiology. Boston: Little, Brown and Company; 1986.
- 19. Silva J. Desafíos para la salud colectiva en el siglo xxi. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

- 20. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. Bases sociales de las disparidades en salud. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Washington D.C.: Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002; p. 13–25.
- 21. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. *Am J Public Health*. 2014; 104 (Suppl 4):S517–9. http://doi.org/758.
- 22. Krieger N, Alegría M, Almeida-Filho N, Barbosa da Silva J, Barreto ML, Beckfield J, Berkman L *et al.* Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop. *J Epidemiol Community Health.* 2010;64(9):747–9. http://doi.org/chhz6k.
- 23. Laurell C. Sobre la concepción biológica y social del proceso saludenfermedad. En: Rodríguez MI coord. Lo biológico y lo social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos no. 101 OPS, oms. 1994 [citado 13 de octubre de 2016]; p. 1-19. Disponible en: https://goo.gl/UAfz3T.
- 24. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1994.
- 25. Breilh, J. Deterioro de la vida. Un instrumento para el análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional; 1990.
- 26. Blanco J. Región y clase social en la determinación de la enfermedad. El caso de la Meseta Tarasca (Michoacán). En: Almada I, coord. Salud y crisis en México. Más textos para el debate. Cuadernos del CIIH. México: UNAM; 1991.
- 27. Blanco J, Sáenz O. Espacio urbano y salud. Primera parte. México: Editorial Universidad de Guadalajara, Serie Medicina Social; 1994.
- 28. Peña F, Garduño A. Unidades familiares, mujeres y salud en el desarrollo. En: Laurell C, coord. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México: Fundación Ebert; 1994.
- 29. Garduño MA, Jarillo E, López O, Granados JA, Blanco J, Castro JM, Tetelboin C. La perspectiva médico social y su contribución al quehacer científico en salud. En: Chapela C, Mosqueda A, ed. De la clínica a lo social: luces y sombras a 35 años. México: UAM-X, Departamento de Atención a la Salud, 2009; p. 25-51.
- 30. Donnangelo C, Pereira L. La medicina en la sociedad de clases. Brasil: Librería Dos Ciudades; 1976.
- 31. Navarro V. Medicine under capitalism. New York: Neale Watson Academic Publication; 1976.
- 32. Waitzkin HB, Waterman B. La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista. México DF: Ed. Nueva Imagen; 1981.

- 33. López S, Chapela C, Hernández G, Cerda A, Outón M. Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos xix y xx. En: Contreras ME, Chapela C. coord. La salud en México. Pensar el futuro de México. Colección conmemorativa de las revoluciones centenaria. México: Universidad Autónoma Metropolitana. 2011 [citado 14 octubre de 2016]; p. 51–90. Disponible en: https://goo.gl/luisTZ.
- 34. Gómez RD. La noción "salud pública": consecuencia de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2002 [citado 14 de octubre de 2016]; 20(1): 101-116. Disponible en: https://goo.gl/bd9j52.
- 35. Lenski G. Antecedentes sobre la desigualdad social y su origen. En Stern C, ed. La desigualdad social. I Teorías de la estratificación y la movilidad sociales. México: Secretaría de Educación Pública, Diana. 1982; p. 18–38.
- 36. Parsons T. Un enfoque analítico de la teoría de la estratificación En: Stern C, ed. La desigualdad social. 1 Teorías de la estratificación y la movilidad sociales. México: Secretaría de Educación Pública, Diana. 1982; p. 147–87.
- 37. Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata. 1990; p. 179.
- 38. López O. Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro. 2013 [citado 12 octubre de 2016]; 49:144–50. Disponible en: https://goo.gl/Zo1vWz.
- 39. Samaja J. Epistemología de la salud. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2004; p. 25–138.
- 40. De la Garza E. ¿Hacia dónde va la teoría social? En: De la Garza E, coord. Tratado Latinoamericano de Sociología. México: Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana–Iztapalapa. 2006 [citado 15 octubre de 2016]; p. 19–37. https://goo.gl/ulJjcs.
- 41. Gudynas E, Acosta A. El buen vivir o la disolución de la idea del progreso. En: Rojas M, coord. La medición del progreso y el bienestar. Propuestas desde América Latina. Foro Consultivo Científico y Tecnológico, A.C. México DF: Imagen Maestra. 2011 [citado 13 de octubre de 2016]; p. 103–10. Disponible en: https://goo.gl/xv5CDQ.
- 42. Menéndez E. Modelos, experiencias y otras desventuras. En: Haro JA. Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2010; p. 33–66.

- 43. Diez AV, Álvarez G. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología: desafíos conceptuales y metodológicos. *Región y sociedad*. 2008 [citado 11 de octubre de 2016]; 20(2). Disponible en: https://goo.gl/3kq1G8.
- 44. González P. Bienestar subjetivo integral, capacidades y políticas públicas. *Real. datos espacio rev. int. estad. geogr.* 2014 [citado 12 octubre de 2016]; 5(1):4–15. Disponible en: https://goo.gl/NLQZ49.
- 45. López S, Tetelboin C. Más allá de la bioética: hacia una ética de la salud. En: Mendoza F, Adriano P, Caudillo T, ed. ¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos? Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción. México: OPS/UNAM/UAEM—X/IPN. 2006; p. 225–32.

### CAPÍTULO 2 DEBATE ENTRE SALUD COLECTIVA Y SALUD PÚBLICA

María Carolina Morales Borrero Anderson Rocha Buelvas

#### INTRODUCCIÓN 1

La salud pública y la salud colectiva son corrientes que confluyen y disputan en el área de la salud por ser un campo social en construcción. Por eso es importante reflexionar y profundizar sobre las diferencias y las semejanzas entre estas dos corrientes de pensamiento en salud, teniendo en cuenta su contexto de desarrollo (tanto a nivel nacional como regional) y sus cambios. Dado esto, se pueden identificar las tendencias de cada corriente y entender las posturas críticas frente a las consideraciones hegemónicas en salud (sus propósitos y herramientas). Esto con el fin de avanzar en las propuestas de formación de trabajadores de la salud para intervenir los problemas de este campo con las comunidades y, además, contribuir a la transformación de los modelos de sociedad que favorecen el surgimiento de estos problemas.

<sup>1</sup> Los autores agradecen a Shirley Andrade, estudiante y miembro del semillero en Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

Para el Programa Interfacultades de Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, el debate entre las corrientes de pensamiento en salud debe aportar elementos para la comprensión e intervención de las inequidades en salud, como reflexiones ético-políticas sobre la salud de los colombianos, propuestas e interrogantes sobre la determinación social de dicha inequidad; para que, de este modo, el debate contribuya al proceso de posicionamiento de la crisis en salud pública en la agenda política.

En esta obra se parte de dos premisas que orientan el debate: en primer lugar, lo que se sabe y se acepta como parte de la noción de *salud* y, en segundo lugar, el conocimiento mismo acerca de esta noción. Esto porque se le da énfasis a la enfermedad, lo que la ubica del lado de la medicalización y se hace hincapíe en el biologicismo y los determinismos.

En este sentido, se sabe que la salud/enfermedad es un proceso histórico y social, por lo que es necesario explicar la determinación de este proceso más allá de su causalidad próxima o intermedia. Esto conlleva revisar la relación entre lo biológico y lo social, entre lo individual y lo colectivo, y considerar las disputas ocurridas entre las corrientes de pensamiento que han afectado la construcción del conocimiento acerca del objeto de estudio. Entonces, la importancia de la noción de *salud* radica en reconocer el concepto, el objeto de estudio y delimitar el campo que se disputa entre corrientes de pensamiento.

Sobre la noción de *salud*, este texto se aproxima al análisis del campo, donde se acumulan problemas de salud, actores y capitales que requieren una comprensión mayor sobre su complejidad y su relación con las múltiples formas de injusticia (1). Sin embargo, es claro que no es suficiente con el estudio del campo de la salud para abordar la crisis de la salud pública (2).

Asumir una noción de *salud* amplia, como una forma de buen vivir en convivencia con la naturaleza, invita a reflexionar sobre los principios en los cuales se fundamenta y prevalece un tipo de pensamiento que instituye un modelo de conocimiento sin dialogo con la vida y el bienestar general. De allí la segunda premisa de este texto, acerca del conocimiento sobre la salud, con la cual se busca llamar la atención sobre cómo dicho conocimiento se condiciona a los procesos históricos y a la ubicación geográfica de quienes producen y difunden por estos conocimientos.

El conocimiento en salud, entendido como un producto social más que natural, no es neutro (3). El conocimiento, en general, guarda una relación esencial con el poder, se organiza y difunde a través de formas y canales de expresión controladas por ese poder; lo cual da lugar a disputas y conflictos (4). En este sentido, el desarrollo del pensamiento social en América Latina, como plantea Svampa, es producto del ejercicio del poder de actores (5), movilizaciones y organizaciones sociales. El pensamiento hegemónico en salud, que aparece como único, surge de consensos de dominación sobre una forma de ver y de valorar la salud en las sociedades, que se imponen sobre otras perspectivas. En tanto que el pensamiento contrahegemónico, más que acumular un saber o ratificar una verdad, señala rupturas, cambios y cuestionamientos a verdades estáticas, confronta los paradigmas (6) y motiva transformaciones epistemológicas en las formas de pensamiento (7).

Desde las dos premisas antes mencionadas, la disputa que se plantea entre la salud colectiva y la salud pública toma esta última como la concepción dominante, por su tradición como verdad universal y mundialmente aceptada, con escasas contradicciones y crisis. Dado que la realidad en salud no es estable ni estática, no puede verse desde una sola perspectiva ni puede comprenderse desde un enuncia-

do. Las distintas comunidades científicas y los grupos sociales que proponen formas de pensar, hacer y saber sobre la salud, con otras bases epistemológicas, metodológicas y prácticas, ayudan a configurar otras perspectivas y enfoques en este campo. El carácter ético—político de la salud obliga a comprender estas propuestas y contribuir con saberes y acciones capaces de dialogar con estas realidades desde posturas críticas.

Si se hace un panorama de la historia del debate entre estas dos corrientes en Latinoamérica, se observan contrastes de interés para el campo de la salud. Entre los antecedentes de este debate en Colombia --aún por explorar-- a mediados de 1950, se destacan las investigaciones del manizaleño Tulio Ángel y del bogotano Camilo Torres Restrepo, quienes aportaron a la comprensión de la proletarización (8) y la pauperización de los colombianos, con elementos de análisis de gran valor para el país. Por un lado, Tulio Ángel se enfrentó a las multinacionales y a las élites que manejaban el sector salud en la región del viejo Caldas, con el objetivo de obtener una mejor y más justa salud para sus habitantes; por otro lado, Camilo Torres defendió la salud tanto en el trabajo con las comunidades (barrios populares) como en el escenario de la confrontación armada (Teología de la liberación), con el fin de transformar la política y las condiciones de vida de los habitantes. En ambos planteamientos, el contexto de la violencia y el conflicto aportan a la definición de las formas de pensar y entender los problemas de salud de las colectividades de la época.

Dentro del contexto latinoamericano, nuevos movimientos políticos y sociales, como la Revolución cubana, los movimientos estudiantiles en contra del imperio norteamericano promovían una visión contrahegemónica con el fin de cambiar el capitalismo que auspiciaba los Estados Unidos con la política de alianza para el progreso. Esto impulsó,

debates el desarrollo y la salud dentro del campo social y político (9); con lo cual se empieza a identificar una nueva corriente de pensamiento latinoamericano con varios pensadores de la talla de Juan César García, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS); María Isabel Rodríguez del Salvador; Miguel Márquez, y Edmundo Granda de Ecuador, quienes plantearon una definición para la medicina social–salud colectiva (10).

Entre los años setenta y principios de los ochenta, se da lo que ha sido denominado por Jaime Breilh como *fase de instalación y consolidación de la salud colectiva*; pues el contexto del capitalismo global, las crisis del petróleo y el auge de la financiarización del capitalismo industrial cambian la noción de *salud* para instalar una visión contrahegemónica, auspiciada por el debate en las universidades de vanguardia, el cambio de modelo de desarrollo y la debilidad de la propuesta de la OPS, al entender la *salud* como el completo estado de bienestar. La noción de salud cambia para incorporar nuevos debates al campo. Por ejemplo, la propuesta de Asa Cristina Laurell y, luego, Oliva López de la UAM—X de México, abre la discusión sobre la salud—enfermedad como un proceso histórico social determinado por las condiciones de trabajo.

Eventualmente uno de los primeros egresados del programa de Medicina Social de la UAM—X, Jaime Breilh, desarrolla la epidemiología crítica, con el fin de ampliar la comprensión de la relación entre el hombre en sociedad y la naturaleza para explicar el proceso salud—enfermedad humano y discernir sobre la reproducción social de las inequidades. Desde otro paradigma sobre la causalidad en salud, la medicina social—salud colectiva latinoamericana propone un conjunto de herramientas teórico—metodológicas que describen la determinación social de la salud—enfermedad, e introduce nuevos elementos a la relación de lo biológico con lo social en la salud (9).

Las críticas de la economía política a la medicina de Estado, que dio lugar a la crisis de la salud en Inglaterra en los años sesenta, formuladas por Vicente Navarro y por Howard Waitzkin (11,12), plantean la necesidad de un cambio estructural de la sociedad para incidir con efectividad sobre la salud de las clases proletarias.

Entre 1980 y comienzos del 2000 se produce la fase de diversificación y expansión de la medicina social-salud colectiva al consolidarse el capitalismo como un régimen de acumulación global. En ese contexto, la disputa entre las corrientes de pensamiento en salud señala la fuerza y la importancia de la movilización social con aportes esenciales. Entre ellos se mencionan: a) la formación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) y de la Asociación Internacional de Políticas Públicas (IAHP), b) el primer debate sobre la crisis del paradigma hegemónico de la salud pública por la OPS y c) la resistencia y el cuestionamiento al neoliberalismo desde diversos sectores, con nuevas categorías de análisis y nuevos debates en salud. En este momento, se expresa claramente la polarización social y política en salud con valores, ideologías, creencias y categorías opuestas entre la caída del mundo socialista y el auge de la economía neoliberal.

Entre las propuestas epistemológicas de la corriente de la salud colectiva, se destacan también la etnoepidemiología desarrollada por Almeida–Filho, quien propone discutir el positivismo en salud desde sus raíces epistemológicas, utilizando las matemáticas y la estadística como herramientas para comprender la estructura de la dinámica social (13). Uno de los aportes fundamentales de esta propuesta es la cuantificación para explicar las situaciones de salud y sus determinantes y evaluar las tecnologías del campo de la salud (13).

Otra propuesta relevante en esta corriente de pensamiento es la ecoepidemiología de Nancy Krieger, que aporta categorías claves para el debate sobre las dimensiones que entran en interacción en la compleja relación entre lo biológico y lo social. Igualmente se destacan los aportes de la geografía crítica y la ecología política desde Brasil y Ecuador, para comprender la relación entre el hombre y la naturaleza, el ambiente y la salud, el sentido y el significado de la categoría de territorio para la calidad de la vida y la caracterización de las inequidades en salud (14). En estas disciplinas, el espacio, como concepto básico de la teoría social, se ha revalorizado como una construcción social para enfrentar la reducción de la realidad a objetos neutros sin espacio, tiempo ni historia. La geografía crítica propone una explicación sobre cómo se crea y organiza el poder social en el territorio, y cómo el territorio se hace un recurso de expansión de la hegemonía para el avance y reproducción del capitalismo (14). El británico David Harvey expone las contradicciones urbano-rurales y el conflicto geopolítico para explicar dicha hegemonía (15).

Desde estudios realizados en América Latina, varios pensadores aportan al debate una reflexión sobre el significado de la noción del *territorio*, vinculando la calidad de vida, para complejizar los enfoques del programa de Medicina Social de México (16). Conceptos como *territorialidad*, *territorialización* y *territorio* toman relevancia para hacer hincapié en el análisis de dichos programas. Esta reflexión reúne lo espacial y temporal en un hecho social: *el territorio*, para proponer un contenido simbólico y físico—material del mismo y una percepción que afectan la construcción existente en las comunidades, y permite entender la dinámica de una corriente contrahegemónica en la salud (17).

En ese marco, los planteamientos de la ecología política sobre los problemas ecológicos recuerdan que, más allá de ser meramente ambientales o del medio y de afectar la calidad de vida, como se acepta hoy día en la corriente de la salud pública, se hace necesario superar la especificidad local. Esta especificidad motiva la segmentación cultural y la espacial, las cuales se oponen a las movilizaciones y a la complejidad de las diferencias entre las categorías de sociedad y de naturaleza. Dichos planteamientos tienen como objetivo apropiar las categorías de territorio—región en un sentido político y hacer, de esa forma, conciencia ecológica (18).

En el siglo xxI se produce una fase de ampliación que consiste en la vinculación de la corriente a ejercicios del gobierno local, los cuales se enfrentan a nuevos retos y desafíos dentro del sector; como lo ha descrito Mario Hernández al referirse a uno de los ejercicios de gobierno local para la producción social de la salud y la vida desde una experiencia en la ciudad de Bogotá por cerca de doce años, con una disputa contrahegemónica (19).

Entre 2000 y 2016 se ha presenciado el desarrollo de distintas apuestas políticas de gobierno con base en la salud colectiva en varios países latinoamericanos. En la actualidad, la salud colectiva ha mostrado diversas formas de materialización de sus fundamentos en proyectos políticos específicos, como lo señala ALAMES en varias de sus publicaciones (20). En estos proyectos, la noción de salud conserva su carácter polisémico con las tres grandes dimensiones señaladas anteriormente: a) salud como objeto de estudio, b) como campo de acción y c) como concepto (9).

Esta noción de la salud fundamenta su desarrollo teóricopráctico e instrumental en la integración creciente de lo social y lo colectivo de la salud y en la acción colectiva sobre procesos de determinación social de las inequidades, con el propósito de contribuir a la eficacia clínica y la efectividad social. La figura 2.1 presenta un esquema que sintetiza el sentido práctico de la propuesta de la epidemiología crítica de Jaime Breilh (9).

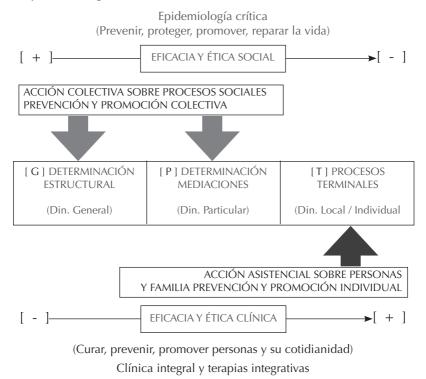


Figura 2.1. Propuesta de la epidemiología crítica.

Fuente: adaptada de (9).

Por su parte, la salud pública es apoyada por el Estado como un proceso de dimensión global (21), el cual tiene un concepto de salud que individualiza y separa la enfermedad de la sociedad que la produce y divide la enfermedad siguiendo la manera como se entiende la salud y sociedad epistemológica y ontológicamente (22).

Desde la corriente hegemónica, la visión convencional de la salud se orienta al estudio de los factores de riesgo o determinantes sociales de esta (biológicos, ambientales y conductuales) que afectan el cuerpo de los pobladores. Para su estudio, se tiene en cuenta un sistema de valores y creencias, los cuales circunscriben los escenarios y limitan los servicios de atención y asistencia a las decisiones de los individuos y a las definiciones de las instituciones. En esta corriente, no se reconocen otras nociones de salud y conocimientos desde orillas contrahegemónicas.

La perspectiva hegemónica de la salud pública defiende una visión convencional de los determinantes sociales de la salud v esto puede ocasionar que: a) los trabajadores de esta área se queden sin herramientas para intervenir la complejidad de la realidad de nuestros problemas de salud; b) se confundan los determinantes sociales de la salud, su distribución y forma de acción, con los factores de exposición a riesgos para la salud; c) se asocie la noción de causalidad con la noción de determinación de la salud-enfermedad, sin reconocer las diferencias entre estas; y d) no se exploren los conflictos de poder existentes en la sociedad, los cuales ubican al individuo en un gradiente social que fomenta la segregación por género, etnia o clase social. Conviene por tanto revisar las discusiones entre la salud pública y la salud colectiva sobre cómo participar en el campo de la salud y cuáles son los mecanismos de interacción para vivir, enfermar y morir en comunidad. De igual manera, es preciso analizar los conflictos que impiden hacer realidad el ejercicio del poder ciudadano en la salud de los colectivos.

Una de las principales tensiones entre la salud colectiva y la salud pública se fundamenta en posturas políticas e ideológicas de ésta, según la cual, la igualdad es un ideal dado sin considerar las desigualdades sociales entre género, razas—etnias y clases sociales y sin tomar en cuenta las formas de dominación social. Así se perpetúan desigualdades en situaciones tales como: la adquisición de pertenencias

o propiedades y la lucha por las injusticias. El Estado hace control jurídico y político sin defender la equidad de los recursos sociales y públicos.

En ese sentido, los encuentros y las divergencias entre salud pública y salud colectiva muestran que el protagonismo de la primera se relaciona con la materialización de los fundamentos del capitalismo occidental, la explicación del causalismo de las enfermedades y el dinamismo de la enfermedad desde lo individual y lo poblacional. El Estado deja el campo de la salud a cargo de las instituciones tradicionales en salud pública y la economía capitalista, las cuales mantienen unos patrones epidemiológicos de enfermedad de las poblaciones.

La aceptación acrítica del multicausalismo de dichos patrones asume un cuerpo teórico que defiende y respalda la validez de las inferencias causales y las modelaciones probabilísticas como sustento de las realidades sociales. Por ello, se requiere tener en cuenta los debates sobre la caracterización de las inequidades sociales, y el papel del Estado, con el fin de analizar lo social en la salud (19). La salud colectiva propone visibilizar las relaciones y los modos de ejercicio de poder sobre el territorio, la población y la sociedad, y hacer conciencia de los consensos de dominación que reproducen la medicalización con una única función: el control del *status quo* (23), con el uso de estrategias de biopolítica (24). Cuestionar la noción reducida de lo social conlleva dar cabida a lo colectivo, interregional e intersectorial para el buen vivir de los pobladores (25).

Uno de los desafíos pendientes en salud colectiva es integrar la noción compleja de la salud con objeto de estudio y el campo de la salud para consolidar un proyecto social y político. Este se materializa con herramientas y estrategias de protección de «los modos de vida humana digna, saludable, sustentable y solidaria» para todos (9), sin limitarse a ver las desigualdades como un problema de distribución (26) solamente, sino como un imperativo ético-político de los estados y de las sociedades para el logro de la justicia social.

#### **REFERENCIAS**

- 1. Morales C, Borde E, Eslava JC, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales?: diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas? *Rev. salud pública*. 2013 [citado 3 de septiembre de 2015]; 15(6):797–808. Disponible en: https://goo.gl/Sjapf3.
- Almeida–Filho N, Silva–Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. méd.* soc. 1999 [citado 24 de julio de 2015]; 75:5–30. Disponible en: https://goo.gl/rynDwx.
- 3. Castro-Gómez S, Grosfoguel R, editores. El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá, D. C.: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar. 2007 [citado 21 de abril de 2016]; p. 308. Disponible en: https://goo.gl/r6zmcZ.
- Dussel E. Europa, modernidad y eurocentrismo. En: Lander, E., editor. La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: clacso. 2000 [citado 21 de abril de 2016]; p. 41–54. Disponible en: https://goo.gl/0xYKsn.
- 5. Svampa M. Cambio de época: movimientos sociales y poder político. Buenos Aires: Siglo xxI Editores, CLACSO; 2008 [citado 21 de abril de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/SqaYLV.
- 6. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1962 [citado 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/JHUp18.
- 7. Foucault M. Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. Buenos Aires: Siglo xxı Editores; 1966 [citado 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/TiYI7f.
- 8. Torres C. La proletarización de Bogotá. Texas: Fondo Editorial CEREC, Universidad de Texas. 1987; p. 188.
- Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En: Morales C, Eslava JC. Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia. 2015; p. 19–75.

- 10. García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ méd salud*. 1983 [citado 15 de septiembre de 2015]; 17(4):363–97. Disponible en: https://goo.gl/vJkf32.
- 11. Navarro V. Medicine under capitalism. New York: Neale Watson Academic Publication; 1976.
- 12. Waitzkin H. Resistencia y construcción de un futuro alternativo. En: Waitzkin H. Medicina y salud pública al final del imperio. Bogotá: Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. 2013; p. 287–320.
- 13. Almeida–Filho N. Hacia una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). *Revista de la Escuela de Salud Pública* 1992; 3(1): 33-40.
- 14. Lefevbre H. La producción del espacio. París: Ediciones Anthropos; 2000 [citado 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/kEPzyN.
- 15. Harvey D. La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1998 [citado 21 de abril de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/JMX72s.
- 16. Blanco J, López O, Rivera J. Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. 2014; p. 7-91.
- 17. Betancourt M. Dinámicas espaciales y conflicto armado: análisis de la interpretación de lo espacial desde la geografía contemporánea. *Revista Centro de Estudios regionales, cafeteros y empresariales* CRECE—INER, 2008.
- 18. Leff E. La ecología política en América Latina: un campo en construcción. Sociedade e Estado. 2003 [citado 3 de diciembre de 2015]; 18(1/2):17-40. Disponible en: https://goo.gl/WR2zmF.
- 19. Hernández M. Seminario Internacional: Determinantes Sociales de la Salud, Intersectorialidad y Equidad Social en América Latina. Mesa «Producción social de la salud y la vida: experiencas territorializadas». Río de Janeiro: Fiocruz; 2015 [citado 27 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/NPZded.
- 20. López–Arellano O, Escudero JC, Carmona–Moreno LD. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. Medicina Social. 2008 [citado 3 de diciembre de 2015]; 3(4):323–35. Disponible en: https://goo.gl/yJAPkj.
- 21. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 [citado 24 de julio de 2015]; 30(2). Disponible en: https://goo.gl/GAauVj.

- 22. Batista TF, Emerson EM. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud colectiva*. 2011 [citado 24 de julio de 2015]; 7(1): 9–20. Disponible en: https://goo.gl/OmhsjT.
- 23. López Arellano O, Saint Martin FP. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social.* 2006 [citado 24 de julio de 2015]; 1(3):82–102. Disponible en: https://goo.gl/yVmfyU.
- 24. Foucault M. Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978–1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007 [citado 3 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/2mg1qh.
- 25. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- 26. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam Salud Pública*. 2002 [citado 3 de septiembre de 2015]; 12(2):128–36. Disponible en: https://goo.gl/Nu7OTa.

# CAPÍTULO 3 UN DEBATE PRODUCTO DE LA EXPERIENCIA Y LA CONSTRUCCIÓN ACADÉMICA EN ANTIOQUIA

Dora Lucía Gaviria Noreña

Solo si se penetra en el misterio del cuidado de la vida y se aborda profundamente el carácter humano y cultural de este, se podrá trascender la relación con las familias, las personas y los colectivos en términos de confianza, respeto y dignidad.

#### INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente capítulo es contribuir al esclarecimiento del estado, las afinidades o las contradicciones entre la corriente crítica de la salud colectiva y la salud pública. Este debate se refleja en sus campos de conocimiento y de práctica social, los cuales se sustentan en una realidad interdisciplinaria que hoy debe resolver problemas complejos para mantener la vida y la sustentabilidad de países tan desiguales como Colombia y otros de la región.

En la búsqueda por comprender las relaciones, diferencias y complementariedades que han existido históricamente entre estas dos perspectivas de la salud, es necesario abordar el proceso salud–enfermedad, cuidado, atención y muerte. Parte de esa búsqueda nace con la Maestría de Salud

Colectiva en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, ante la preocupación y la misión de superar el análisis de la salud pública anglosajona y hegemónica, a partir del reconocimiento del carácter histórico y social del proceso salud–enfermedad (cuidado atención muerte), así como la naturaleza política de las prácticas en salud y la necesidad de un esfuerzo interdisciplinario para construir acciones conjuntas por la vida (1).

disyuntiva entre la La salud colectiva pública ha sido una preocupación en los 20 años de fundación de la Maestría de Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. Desde sus inicios, esta maestría ha estado inspirada por el pensamiento latinoamericano de países como Brasil, México, Ecuador y Colombia, los cuales promueven un compromiso teórico, metodológico, político y práctico que busca comprender la determinación social del proceso salud-enfermedad (atención, cuidado, muerte) y al bienestar como un imperativo ético de la humanidad. Así, la Maestría de Salud Colectiva se ha construido entre el contraste y la similitud con la salud pública, en la búsqueda de la coherencia y consistencia de estos campos de conocimiento para la resolución de problemas complejos y diversos que enfrenta el ser humano desde su cotidianidad; pero también permite develar las relaciones de poder que ha marcado la sociedad en general, los grupos sociales, la formación del personal de salud, la regulación y la organización de la acción en salud en un modelo de mercado.

A manera de metáfora, la salud colectiva se debate entre paradojas y contradicciones, como narra José Saramago en su libro *La caverna*: una familia de alfareros vive procesos de despojo, como consecuencia de cambios en el modo de vida que hoy privilegia los grandes capitales y ahoga los pequeños oficios, lo local con toda la impronta cultural y social que se gesta en la vida cotidiana (2).

«Una pequeña alfarería, un centro comercial gigantesco. Un mundo en rápido proceso de extinción, otro que crece y se multiplica como un juego de espejos donde no parece haber límites para la ilusión engañosa. Todos los días se extinguen especies animales y vegetales, todos los días hay profesiones que se tornan inútiles, idiomas que dejan de tener personas que los hablen, tradiciones que pierden sentido, sentimientos que se convierten en contrarios» (2, cuarta de portada).

En un mundo con profundos dilemas y paradojas, Saramago muestra las consecuencias de la modernidad en una sociedad fragmentada y fragmentaria, donde el mercado permea la vida humana con la ilusión de lo global y la ceguera para reconocer lo local, con ideales por la vida, la justicia y el desarrollo equitativo en contraste con otros elementos centrados en la guerra, la acumulación del capital y la inequidad.

En el campo de la salud colectiva es urgente la comprensión de estas transformaciones culturales centradas en el mercado, la tecnología, la informática y las nuevas formas de organización social, y sus efectos sobre la salud y la vida. Los procesos de globalización, como lo sugiere García Canclini, han creado una hibridación de culturas que solo se pueden comprender si se trasciende en la formación, el intercambio intelectual, artístico e investigativo y en la búsqueda creativa que permita transformar la realidad hacia el reconocimiento del otro (3).

Citar la novela de *La caverna* de Saramago para comprender esta paradoja invita a reflexionar sobre enfoques en la formación del personal en salud, el desarrollo de políticas y su incidencia en los sistemas de salud, a manera de luces y sombras, con el fin de anticipar un futuro que ha abandonado las certezas de lo conocido, posicionar otros discursos, métodos y caminos que han sido descuidados en la solución de los problemas de las personas, las familias, las

comunidades y la sociedad en general, en su proceso complejo de vivir y morir.

En este capítulo, se tratará de insinuar algunos momentos y cambios históricos de la salud colectiva desde la experiencia de la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia, como uno de los esfuerzos hechos desde la academia por reivindicar y defender este concepto de la salud. Aguí se identificarán los procesos que influenciaron el desarrollo de la salud colectiva en contraste con los de la salud pública; asimismo, se dará cuenta de una experiencia significativa de la Facultad de Enfermería en su afán de transformar con las personas, familias y comunidades el proceso salud-enfermedad: la práctica con las familias del barrio La Honda en Medellín, el acercamiento a sus modos de vida, como categoría de la salud colectiva que, a manera de reflexión, permite movilizar este campo en el momento actual; y finalmente, se presentarán algunas reflexiones para la acción.

#### LA SALUD COLECTIVA: UN MUNDO EN CONSTRUCCIÓN

Desde la perspectiva histórica, la salud colectiva ha hecho un llamado por la concepción integral de la enfermedad y la muerte, así como la salud y la vida, determinado por procesos sociales y culturales; en contraposición con la primacía de lo biológico individual y la fragmentación del ser humano subordinado a la clínica, la patología de los órganos y sistemas con dependencia del modelo médico hegemónico.

Desde la construcción de conocimiento, la salud colectiva considera que la lógica de la razón instrumental no es la única forma de explicar el objetivo, el campo y la práctica en salud; dado que emerge del mundo de la vida, de lo subjetivo y colectivo y está dotado de vivencias, experiencias, significaciones, las cuales mantienen, modifican o promueven los procesos de atención y cuidado (4,5).

La salud colectiva y la salud pública son campos en disputa. En la primera, se hace énfasis en el ser humano y en los movimientos sociales que han reivindicado la construcción de ciudadanía en términos de los derechos fundamentales; en la segunda, la salud pública ha puesto su interés investigativo y de formulación de políticas en el discurso institucional y estatal el cual, según Menéndez se erigen como parte de un sector político y técnico del Estado, constituido a partir de la medicina convencional este autor reafirma que la disputa de estos campos se ha dado a partir de la comprensión de la enfermedad en un tiempo como entidad genérica y natural y del sujeto como unidad de intervención, lo colectivo reducido a la suma de individuos y lo social e histórico como variables que no permean la complejidad de la vida humana (6).

Existen importantes estudiosos y defensores de concepción y la perspectiva de la salud colectiva que se han atrevido a levantar sus voces, para «ver en la oscuridad» y así tejer nuevas formas, ideas y prácticas como lo propone María Teresa Uribe (7), ya que hoy enfrentan en palabras de Jairnilson Silva (8) «proyectos, luchas, sueños, ingenio, subjetividades, trabajo y arte» que suscitan la comprensión y solución de problemas complejos en términos de equidad y solidaridad. Entre los destacados investigadores se encuentran Almeida Filho y Silva, Breilh, Granda, Laurell, Franco y Gómez, quienes en sus diversos trabajos tipifican el proceso histórico del desarrollo de la salud colectiva y la salud pública, coinciden en que son procesos simultáneos que favorecen una comprensión de la salud-enfermedad e invitan a la generación de respuestas sociales para atender a la población (8-13).

Por ejemplo, Almeida-Filho y Silva en su trabajo *La crisis* de la salud pública analizan los movimientos ideológicos del campo social de la salud que recorre conceptos como

policía médica, medicina social, salud pública, medicina preventiva, salud comunitaria, atención primaria en salud y promoción de salud. Así mismo, los autores valoran la salud colectiva como un campo de conocimiento que contribuye al estudio de los fenómenos de salud—enfermedad—atención como parte de la reproducción social y como práctica social que basa su actuación en las políticas, prácticas, tecnologías e instrumentos, comprometidos con la transformación social de la salud. Campo con la riqueza de aproximarse al objeto salud—enfermedad—cuidado en su historicidad y complejidad (8).

Desde la epidemiología crítica, Breilh hace planteamientos epistemológicos de gran importancia sobre la salud colectiva y los ecosistemas; define varios modelos para explicar los fenómenos de la realidad como el *praxiológico participativo*, donde analiza la relación dinámica objeto–sujeto como eje del conocimiento, e inserta la praxis como sustento y condición de dicha relación y no como un elemento externo (14). Este modelo asume una ontología de realismo dialéctico y comprende la relación entre lo biológico y lo social desde la subsunción, afirma que:

«Los procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social–natural, social biológico ocurre en un movimiento dialéctico entre las partes con un todo concatenado en la naturaleza» (15 p20).

Breilh investiga los orígenes sociales e históricos de la enfermedad y la muerte y su relación con el contexto económico y político. De su trabajo emerge la categoría de la determinación social de la salud como marco de comprensión que supera la causalidad tan privilegiada en la salud pública y la epidemiología. Devela cómo la reforma de los sistemas sanitarios instaura el mercado: primero como garante de la oferta de bienes y servicios, lo cual lo convierte en el regulador de los derecho humanos; segundo, los estudios de género visibilizan la deuda histórica con los niños, las niñas y las mujeres con grandes inequidades para su desarrollo; y tercero, como las micro y macro políticas afectan la atención sanitaria y la salud de los trabajadores.

Por otra parte, Granda centra su reflexión en el rescate del poder de la vida para superar lo que él ha denominado como la *enfermología pública*; él considera que los colectivos no se deberían supeditar al conocimiento del riesgo sustentado, propio de la epidemiología clásica anglosajona, sin reconocer el papel de la cultura ni de las diversidades humanas históricamente constituidas (16). Reafirma que la salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones de poder que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado.

Desde la medicina social, Laurell afirma el carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad y colectivo como marcos explicativos de su determinación y aporta a la discusión entre lo normal y lo patológico la complejidad de los procesos de trabajo y de las relaciones sociales de producción. Con su trabajo hace una constante denuncia del fracaso de un modelo de atención en salud que no respondió a los ideales de bienestar, equidad y vida digna, así como a la resistencia por la defensa de la salud como derecho y de las instituciones públicas para la atención (17,18).

Franco concibe la salud pública como un campo inacabado de ideas, preocupaciones, propuestas y trabajos destinados a entender y garantizar el bienestar colectivo; por tanto, esta implica una tarea permanente de discusión de los nuevos problemas que persisten y requieren de respuesta para alcanzar el ideal de buen vivir en términos de equidad y justicia social (19). Franco afirma que la salud no es un estado sino un proceso vital humano, ligado a la salud y a la construcción cotidiana del disfrute de la buena vida y «cuando la sociedad trata de dar respuesta a una de las necesidades básicas de sus integrantes individuales y colectivos, como es la salud, se activan fundamentalmente estas cuatro áreas del saber: salud, economía, ética y política» (19 p2).

Por su parte, Gómez destaca la polisemia de la noción de salud pública y la agrupa en tres grandes significados: como saber, como práctica y como realidad social; la salud pública:

«Es el producto de situaciones históricas que se imponen a la construcción de la noción, y configuran núcleos de poder alrededor de imaginarios donde anidan intereses opuestos. La polisemia es entonces producto de procesos políticos y en el caso de la salud pública, esta deja de ser un problema académico para trascender en el fundamento de políticas públicas y, de esta manera, asume una dimensión ética y política» (13 p.1).

Almeida-Filho, Silva, Breilh, Granda y Laurell han dado soporte al campo científico y práctico de la salud colectiva; mientras que los trabajos de investigadores colombianos como Franco y Gómez, si bien se centran en la salud pública, han reivindicado la gestión de políticas públicas incluyentes que superan lo que originalmente se concebía como técnico estatal e instauran este campo como un imperativo ético (8,10,12-14,18).

En este punto, lo que se pretende no es contrastar la salud colectiva y la pública, sino reconocer cómo el proceso his-

tórico de construcción del conocimiento y de la práctica social es dinámico y se da en el juego de relaciones de poder que se determinan y legitiman socialmente. Las preguntas persisten y serán inspiradoras de nuevas posibilidades sobre el proceso salud—enfermedad (atención, cuidado y muerte) del ser humano, así como las respuestas sociales que se construyen para lograr el bienestar.

La pregunta referente a si se habla de lo mismo en cuanto a salud colectiva y salud pública, y sus respectivos: campo, objeto y práctica, debe orientar la búsqueda de diferencias, enfoques y perspectivas de abordaje de la realidad. Los presupuestos de la salud colectiva radican en la posibilidad de dar respuestas a los siguientes interrogantes: ¿Cuál es el énfasis desde lo teórico y lo metodológico de la salud colectiva hoy?, ¿cuál es problema filosófico o el obstáculo epistemológico para su abordaje?, y ¿qué aportes hace la salud colectiva para una práctica emancipadora? Es por ello que la apuesta desde la salud colectiva, como lo expresa López, está en «el rescate del sujeto individual y colectivo en todas sus dimensiones, un ser situado en la realidad sociocultural que se construye con el otro que crea y genera su salud y enfermedad en el diario vivir» (20 p7).

El anterior diálogo entre estos importantes académicos de la salud colectiva es lo que ha permitido, de manera privilegiada, la construcción de la postura y el carácter de la Maestría en Salud Colectiva; puesto que su naturaleza interdisciplinar está fuertemente influenciada por las ciencias sociales. Así mismo, ha incursionado en la formación de investigadores como Arias, López y Jaramillo «con diversos abordajes teóricos y metodológicos para lograr nuevas lecturas de la realidad y de soluciones que superen los métodos y procedimientos» (21 p3), para aportar en la transformación de las condiciones, necesidades, problemas y contextos de la vida humana.

## LA SALUD COLECTIVA: ENTRE RUPTURAS Y CONTINUIDADES

En este segundo apartado, se expone la experiencia con las familias del barrio La Honda en Medellín, la cual rescata el valor de la práctica social para la construcción y deconstrucción del campo de la salud colectiva e ilumina la comprensión del proceso salud—enfermedad desde las voces de las personas, las familias y las comunidades. En este sentido, la salud colectiva aporta desde su ideario una forma de interpretar y analiza el mundo para su transformación.

En palabras de Breilh,

«La praxis se constituye en una experiencia emancipadora y es en esta donde cobran sentido aspectos epistemológicos, teórico metodológicos y ontológicos, no desde el ser existencial sino de la trascendencia a una propuesta teórica y política para la construcción de una conciencia ciudadana solidaria» (14 p273).

La experiencia de cuidado con las familias ha favorecido la comprensión de los procesos protectores y de deterioro que determinan su salud y, además, ha sido una ruptura de las formas tradicionales para la gestión de propuestas desde lo institucional con el fin de proteger, promover y reparar la vida.

El barrio La Honda de Medellín está ubicado al extremo nororiental de la ciudad, en la comuna 3 Manrique, la cual conforma junto con las comunas: 1 Popular, 2 Santa Cruz y 4 Aranjuez, la zona 1 de la ciudad de Medellín, compartiendo situaciones geográficas y sociales de alta vulnerabilidad. Siguiendo a Ortiz, las características de la comuna permiten diferenciar en ella tres franjas de acuerdo a sus condiciones geográficas, infraestructura, población y urbanización. En la Franja Alta está el barrio La Honda, junto a otros barrios y un corregimiento: Santa Elena (22).

La historia de la Ladera, donde se ubica el barrio, puede dividirse en tres momentos: poblamiento, organización barrial y organización e incidencia comunitaria. Entre finales de 1960 y 1980 se pobló la zona, debido a oleadas de violencia militar y política con grandes migraciones de familias de los pueblos a la ciudad de Medellín. Una vez logrados los asentamientos, la importancia de la organización barrial toma fuerza, no solo con el fin de mejorar las condiciones de vida y subsistencia de sus familias, sino para defender los asentamientos de los operativos de la policía, quienes buscaban desalojarlos usando la violencia y la incineración de sus tugurios. Ante esto, se da un cambio de identidad de *Invasores* a *Comunidades*.

De 1980 a 1990 se da la organización barrial con las Juntas de Acción Comunal que facilitan el diálogo con el Estado en una nueva condición: habitantes de la ciudad, aunque sin mayor integración a las dinámicas urbanas, pues solo se facilitó trabajo o mano de obra no calificada en labores precarias. Desde la década de los noventa se inicia la organización e incidencia comunitaria con la lucha, que aún continúa, por la reivindicación de derechos políticos, civiles, sociales, culturales y ambientales. Paralelo a esta situación, los territorios se vieron envueltos en diversas formas del conflicto armado, lo cual originó problemáticas históricas en Colombia y en el abandono estatal del territorio y esto, a su vez, limitó el acceso al cumplimiento de los derechos de la población.

Durante la primera década del siglo xxi se da una extensión de lo anterior con variaciones en la forma de incidencia del conflicto interno en las comunidades por los enfrentamientos entre las guerrillas, las milicias urbanas con la policía y la intervención de bloques paramilitares junto con la instauración del comercio abierto del negocio de

la droga. Sin embargo y pese a la creciente inversión estatal en el territorio, las condiciones de vida de las comunidades continúan siendo muy precarias, el acceso y el cumplimiento de los derechos de sus habitantes son extremadamente limitados y la cobertura de sus necesidades es, en muchos casos, inexistente. El barrio no cuenta con servicios de agua, energía eléctrica y telefonía en la parte alta; lo cual agrava las condiciones de vida de todos sus pobladores (22).

Las familias han enfrentado heroicamente la adversidad y han logrado vencer de forma fraternal y solidaria los problemas que atañen a su cotidianidad. Viven una realidad trastocada de extrema pobreza derivada del desplazamiento forzado y la violencia fruto del despojo y desalojo de sus tierras, viven del rebusque o, como ellos lo llaman: *del recorrido con los aportes que solidariamente reciben para el alimento.* 

En este trabajo, la reconstrucción de la memoria e identidad se gesta en el territorio habitado que se basa en la marca del espacio social cuando se busca un refugio y la apropiación del mismo. Esto se da mediante valores y significados que proponen los habitantes al enfrentar diariamente la lucha contra la enfermedad, la muerte y la búsqueda de bienestar. El interés de la salud colectiva es el rescate del sujeto en acción en su espacio sociocultural y, así mismo, el de la epidemiología crítica es estimular la praxis emancipadora con la movilización social y política, en ruptura con la salud pública tradicional. Se busca reconocer los procesos sociales que conllevan a la población a formas de enfermar, morir, para con ello generar acciones que eviten mayores daños, mantengan la salud y la vida basadas en el respeto y en el valor simbólico y cultural de sus modos de vivir. Como producto de las problemáticas identificadas en esta experiencia surgen algunas preguntas ¿Cómo abordar la violencia como un problema de la salud colectiva?, y ¿qué formas de enfermar y morir enfrentan las familias y los grupos en procesos sociohistóricos que crean o sufren de inequidad?

Para responder a estos interrogantes, la salud colectiva se asume en esencia como una ruptura de la forma tradicional en que se elaboran los perfiles epidemiológicos y se interpretan todas las formas posibles de violencia. Entonces, se busca comprender la complejidad social entorno a un conflicto histórico de despojo y luchas por la consecución de la tierra y analizar de distintas maneras los efectos de dicho contexto en la salud de las comunidades. La experiencia conlleva definir con algunas de estas familias, víctimas directas del conflicto social y armado del país, las huellas de la violencia en cada uno de sus integrantes; pues no solo los ha desterrado de su lugar de origen, sino que también los ha condenado a errar continuamente entre municipios, barrios, parques o albergues, lo cual ha determinado socialmente la forma de vivir de estas comunidades.

Dentro de la experiencia, también hubo un acercamiento a las movilizaciones la organización y la participación que han forjado las comunidades para resistir e intentar resolver algunas de sus necesidades. Se ha reconstruido memoria colectiva del camino recorrido, con apropiación de un territorio que se percibe ajeno y siempre en disputa por intereses adversos. Se han defendido los derechos y las vidas humanas, con la adecuación de espacios socioculturales y con la educación de niños y niñas, jóvenes que buscan reivindicar sus derechos, adultos protagonistas de proyectos de sustento vital y adultos mayores que buscan cuidado y protección.

La salud colectiva permite comprender la compleja y adversa realidad que enfrentan las familias en un medio donde la modernidad y la ciudad innovadora exigen pautas de vida dentro de la globalidad. La paradoja que persiste es que, dada la complejidad de las historias de vida de las familias, si bien se logra evidenciar y mejorar la comprensión de los problemas y de las necesidades a intervenir, son escasas las herramientas que permiten visibilizar las realidades de la

modernidad, las relaciones que reproducen la enfermedad y la muerte y por tanto, se hacen escasos los cambios para el bienestar de las comunidades. De allí que los supuestos epistemológicos para el análisis de la realidad de las familias requieran herramientas con capacidad de mostrar los procesos sociales de la salud–enfermedad (atención, cuidado y muerte).

Ante esto, las propuestas de Almeida, Breilh y Samaja aportan a la explicación de los hechos historico–sociales de la dinámica de la vida cotidiana, mediante metodologías de interpretación que involucran el lenguaje y la cultura y dan vital importancia tanto al sentido como al significado de la experiencia comunitaria (23-25). Sobre esto, Almeida expone nuevas formas de integrar los métodos de abordaje y los modelos explicativos de la diversidad de culturas, etnias, lenguajes en el mundo contemporáneo de la salud, los cuales permiten visibilizar la multiplicidad de voces y superar el causalismo predominante en la epistemología convencional (26 p57, 27 p767).

Edmundo Granda plantea la necesidad de trabajar sobre un *trípode de la salud colectiva* a partir de una discusión del presupuesto filosófico—teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad; para ello se debe integrar las interpretaciones de los sujetos en la metáfora del Poder de la Vida más centrada en la salud y la vida que en la enfermedad y la muerte; y rescatar el poder de la identidad y de los movimientos sociales que promueven la salud y conminan al Estado a cumplir su deber en la protección de la vida (28).

En todo su trabajo sobre epidemiología crítica, Breilh hace planteamientos epistemológicos de gran importancia, analiza la relación dinámica objeto-sujeto en la comprensión de los fenómenos de la realidad y concibe la praxis como sustento y condición de dicha relación y no como un

elemento externo (29,30). Breilh propone una construcción intercultural en la perspectiva del multiculturalismo crítico y la práctica social; lo cual presupone una teoría general de salud, su dimensión histórica como objeto, campo y práctica social.

Desde lo teórico, Breilh alimenta la discusión con la categoría *modos de vida* en contradicción permanente y en constante cambio, desde el espacio cotidiano donde se construye la salud para hacer visible los pensamientos, sentimientos, vivencias y construcciones humanas en la diversidad de respuestas sociales que se tejen para proteger y mantener la vida como bien supremo. Toma también en la determinación social de la salud, la categoría *reproducción social y el metabolismo sociedad—naturaleza* para conformar el eje teórico de ruptura con el paradigma convencional de la salud (31). Así, *la determinación social de la salud*, considerada un marco explicativo de las maneras como la sociedad produce desigualdades e injusticias, es atravesada por las tres inequidades: clase social, etnia y género.

Desde lo práctico o praxiológico en palabras de Breilh, la experiencia redimensiona y reconoce la cultura (32), las formas como se percibe el mundo, sus prácticas y saberes legendarios que re–significan la ciudad, con la añoranza del campo. En la praxis las narrativas del desplazamiento plasman la huida de sus tierras, de donde se han despojado sin esperanza de retorno y con ello se da sentido las formas de conocer y hacer la salud colectiva, como un acto de vida que privilegia lo ético–político para transformar estas realidades.

#### LA SALUD COLECTIVA: EL DEBATE PENDIENTE

En el debate es necesario debatir la salud colectiva en un contexto global. «La humanidad vive la perplejidad de

un mundo global, de máximas posibilidades y mínimas felicidades» (32). El avance tecnológico y científico no es consistente con las posibilidades de mejorar la vida de las comunidades, por ello es esencial comprender las necesidades de los pacientes, las familias y las comunidades, siempre que se tenga en cuenta los intereses en tensión de las instituciones de salud y de las políticas públicas en salud, para enfrentar los dilemas éticos y las contradicciones que esto conlleva.

«El afán por la ganancia y la financiación, ha hecho de las acciones de salud aspectos que no impactan las condiciones de vida ni tejen lazos de solidaridad por la defensa por la vida» (33).

Esta lógica de la globalización moldea los servicios de salud con eficiencia, calidad y productividad que aleja a los usuarios de los servicios del acceso real a la satisfacción de sus necesidades. Inscribir la salud en el ámbito global hace relevante el libre mercado, la competitividad y el privilegio del capital financiero (34,35,28). En Colombia, estos aspectos se materializan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el auge del capital privado para la administración y prestación de los servicios de salud. Colombia no ha superado los conflictos internos de la violencia, la corrupción, la globalización del riesgo de enfermar y morir derivado de enfermedades crónicas, contagiosas y de catástrofes naturales, ni el aumento de costos en los servicios: ha transformado su modelo de atención en detrimento de lo colectivo para responsabilizar a las personas y familias del cuidado de la salud.

Las implicaciones sobre la salud colectiva señalan cómo la mayor relevancia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud produce más enfermedad y más muertos. Gañán afirma, en su tesis doctoral, que la

Ley 100 genera más enfermedades: el 39.2 % de las tutelas interpuestas entre los años 2006 y 2008 exigieron el derecho a la salud y de estas, el 53.38 % correspondió a la negación de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, por parte de las entidades encargadas de su autorización o de su prestación. Las inconsistencias entre las normas y las realidades muestran cómo se ha perpetuado el actual sistema de salud, con un carácter excluyente e inequitativo (36). Se requiere «demostrar la condición de pobre para acceder a servicios de salud, con lo cual se reproduce la desigualdad entre el que tiene y el que no tiene» (37 p2).

Parafraseando a Laurell (34), las reformas en salud no son solo el producto de las medidas de ajuste estructural de la gran banca mundial, son parte de la reestructuración del papel del Estado que ha convertido la salud en una mercancía. La globalización en salud constituye un reto para la salud colectiva, por la necesaria humanización de la vida, del trabajo y de la vida familiar; por la creación de formas democráticas de poder y por la creación de patrones culturales y de subjetividad con capacidad emancipadora.

La nueva salud pública requiere transformaciones al interior de los servicios de salud para generar nuevas formas de organización y funcionamiento de las políticas públicas, tanto en la prestación de los servicios como en las formas solidarias e igualitarias de garantizar los derechos sociales (38).

Edmundo Granda llama la atención sobre el poder del mercado, el cual fundamenta la escasez de los recursos públicos en la ineficacia del sector público y sustentando el ataque violento a los grupos organizados de la sociedad. Se requiere entonces revisar cómo se ha entendido la inequidad (38) y cómo se puede avanzar en el desarrollo de propuestas de intervención individual y social en estas inequidades. La salud colectiva propone un debate sobre la globalización y sus efectos en las inequidades.

#### HACIA UNA FORMACIÓN EN SALUD COLECTIVA

En este se plantean los aportes de la salud colectiva desde lo social, histórico, práctico y teórico; se señalan algunos de los conflictos y tensiones entre salud pública y salud colectiva y se toma como referente el ámbito local en Medellín para destacar los aportes que han surgido de los colectivos inspirando la salud y el buen vivir en el país.

Las tensiones en Medellín se viven también entre la Facultad de Salud Pública y la de Enfermería, debido a los planteamientos de Abad Gómez, Betancur, Vasco y Franco (39) y sus trabajos sobre teoría y práctica de la salud pública no convencional. Ellos inspiran y abren la oportunidad de trascender a una formación distinta, cercana a las comunidades en el contexto de desarrollo de las zonas más alejadas del país. La Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia surge en ese contexto a mediados de los años ochenta, como parte de la reflexión contrahegemónica sobre las reformas neoliberales en los sistemas de salud nacionales e internacionales y como una crítica a la producción tradicional de conocimiento en salud, con el fin de trascender la formación del talento humano en salud exclusivamente biomédica.

En este debate, la salud colectiva se asume con la integración de diversas disciplinas a favor de la corriente de pensamiento latinoamericano proveniente de Ecuador, México y Brasil en contra de los cambios institucionales de la OPS que desconocen la Atención Primaria en Salud como salida de las inequidades en salud.

El surgimiento de la Maestría en Salud Colectiva, parafraseando a Débora Tajer (40), describe tres ámbitos de intervención: *el conceptual* para valorar y comprender los determinantes económicos, políticos, subjetivos y sociales del proceso salud–enfermedad y atención de los colecti-

vos humanos; *el político*, para la transformación social, y *el académico* que tiene sus orígenes en los seminarios que convocó García (41), y que hoy perviven gracias al trabajo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Como expresa López–López:

«La maestría nos ha permitido plantearnos otros caminos, sin reposar tranquilamente en las certezas y las seguridades que nos da lo que traemos. Así mismo, se afirma el compromiso con nuestra sociedad y de manera central con los que no tienen voz» (20, 42).

El objetivo de la maestría es privilegiar la complejidad del proceso salud-enfermedad y atención en el saber, las prácticas y la respuesta social a los problemas de salud. Como una misión del programa de maestría se ha promulgado una posición ética en defensa de la vida, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía; se basa en las ciencias sociales como eje central del trabajo de esta maestría desarrollando énfasis en las siguientes categorías (1) definidas en la discusión académica (43).

«El poder: consustancial a las relaciones sociales y por tal razón a las relaciones que se establecen en las prácticas sanitarias, a nivel macro desde el Estado y de la clase social y a nivel micro en las relaciones familiares, laborales, educativas y hospitalarias.

La pluralidad de lo social: para entender la heterogeneidad de los grupos sociales en su relación con las condiciones de vida, con el trabajo, con la cultura, con la propiedad, con los servicios públicos, con el ambiente ecológico y el impacto de dichas diferencias en sus perfiles de salud y de enfermedad. De allí que otras categorías como perfil reproductivo, clase social y género, permitan identificar grupos diferenciales

para la investigación y la acción desde lo sanitario. La construcción de sujeto: esta categoría pasa por la adscripción cultural, de donde la clase, el género y la edad no pueden verse como asuntos demográficos o problema biológico, sino como determinados patrones que imprimen formas particulares de entender y enfrentar el proceso vital humano, dentro de lo femenino, lo masculino, la vejez, la adolescencia, entre otros» (1 p43).

El carácter interdisciplinar para la comprensión de los problemas de salud se ha fortalecido con aportes de distintos paradigmas y técnicas cualitativas y cuantitativas. Siguiendo a De Sousa Minayo, este carácter permite:

«Comprender en la práctica, requiere constituir un acto de conocimiento hermenéutico entre observador y al observado. Al reflexionar junto con el otro, al pensarse y expresarse para el entendimiento sobre una determinada realidad. [...] Los significados se dan en las relaciones humanas, pues el individuo construye la realidad dándole un sentido a partir de su contacto con el mundo» (44 p257).

La teoría y perspectiva crítica ha fortalecido la mirada sobre el objeto de estudio para la transformación de la realidad tanto objetiva, como intersubjetiva y subjetiva.

#### UN CAMINO A SEGUIR CON OTROS

Hoy el desafío conceptual está en la integración y la síntesis de las reflexiones teóricas y sus aplicaciones a la práctica en los contextos culturales e institucionales para apostarle a la mejora de la vida humana desde distintas disciplinas. Una investigación en salud colectiva se establece con y para

las comunidades con responsabilidad social y que permita, como dice María Teresa Uribe:

«Ver en la oscuridad, poner los ojos en asuntos desconocidos o vistos desde otra perspectiva, descubrir lo que estaba oculto, aquello que parecía irrelevante y nombrar el mundo con palabras nuevas para que otros conozcan y actúen en consecuencia» (7).

El desafío ético y político de la Maestría es una tarea indeclinable por la defensa y dignidad humana, por la búsqueda de valores de justicia, respeto, equidad y solidaridad. Con los planteamientos de Breilh se propone una salud con solidaridad, sustentabilidad soberana para hacer una sociedad que privilegie los modos de vida sanos, diversos y colectivos (45).

En esta perspectiva, Spinelli aporta al desarrollo de una teoría y práctica de gobernar/gestionar las organizaciones públicas para mejorar las capacidades de gobierno y su relación con lo político. Desde los enfoques interculturales, la formación en salud colectiva debe trascender lo teórico para ir a un accionar social con conciencia y continuidad, que rescate el aprendizaje, cierre la brecha entre práctica—teoría e investigación y permita dar respuestas a las exigencias culturales (46).

En síntesis, la salud colectiva ha aportado elementos para superar el desafío epistemológico de la polaridad teórico-práctica entre el objeto y el sujeto, el objeto y el contexto y la dicotomía de lo individual y lo colectivo. Ha propuesto un monitoreo estratégico en salud, con énfasis en el proceso salud-enfermedad y cuidado. Para ello, ha sistematizado el impacto de las prácticas en salud, sin embargo es necesario avanzar en la conformación de redes

sociales que apoyen el mejoramiento de las condiciones de vida de los colectivos (47). Parafraseando a Saramago, hoy debemos trabajar conjuntamente por el valor de la vida y de la solidaridad como una fuerza colectiva capaz de derrotar la desigualdad y la pobreza extrema, desde una apuesta ética que asegure la equidad y venza la ilusión engañosa de la modernidad y la globalización (2).

La salud colectiva denuncia y también propone nuevos enfoques de desarrollo, tanto en el ámbito local como en el nacional. Los aportes de los autores citados señalan caminos viables y de trayectoria regional que, al ser materializados en la formación del talento humano y en la investigación, permiten responder con efectividad a grandes problemas sobre las inequidades en salud.

#### REFERENCIAS

- Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Documento del Programa Académico de la Maestría Salud Colectiva. Medellín: Universidad de Antioquia; 1991.
- 2. Saramago J. La caverna. Bogotá: Alfaguara; 2001.
- 3. García-Canclini N. Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización. México: Grijalbo. 1995 [citado 14 de junio de 2014]; p. 13-37. Disponible en: https://goo.gl/hH4wJD.
- 4. Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. Ciudad y muerte infantil. Investigación sobre el deterioro de la vida en el capitalismo atrasado: un método. Quito: Ed. C.E.A.S. 1987; p. 20–35.
- 5. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cubana Salud Pública*. 2004 [citado 14 de mayo de 2014];30(2):3–20. Disponible en: https://goo.gl/nJUzgh.
- 6. Menéndez E. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS), ed. La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate. Publicación Científica No. 540. Washington D.C: OPS. 1992 [citado 14 de mayo de 2014]; p. 103-122. Disponible en: https://goo.gl/AN9a7R.

- 7. Uribe MT. Una invitación a la Ciencia Política Alma Mater. Agenda Cultural. 2008 [citado 14 de mayo de 2014]; 149. Medellín: Universidad de Antioquia. Disponible en: https://goo.gl/cgb9SJ.
- 8. Almeida-Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. méd. soc.* 1999 [citado 14 de mayo de 2014]; 75: 5-12. Disponible en: https://goo.gl/SwHcT5.
- 9. Breilh J, Iriart C, Waitzkin H, Estrada A, Merthy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002 [citado 20 de mayo de 2014]; 12(2):128-34. Disponible en: https://goo.gl/GUB8mg.
- 10. Granda E. ¿Quo vadis salud pública? Foro de la sociedad civil en salud. Il Conferencia Nacional en Salud. Lima; 2004 [citado 20 de mayo de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/kWDy73.
- 11. Laurell AC. La salud enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud*. 1981; 2(1):7-25 [citado 11 de abril de 2014]. Disponible en: https://goo.gl/diZiWE.
- 12. Franco S. (Ed.). *La salud pública hoy*. Enfoque y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancízar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2002 [citado 02 de febrero de 2013]; p. 11-5. Disponible en: https://goo.gl/uwOf73.
- 13. Gómez RD. La noción «salud pública»: consecuencia de la polisemia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2002 [citado 20 de marzo de 2014]; 20(1): 101-16. Disponible en: https://goo.gl/509DtY.
- 14. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- 15. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2013 [citado 10 de mayo de 2014]; 31 (supl 1): S13–S27. Disponible en: https://goo.gl/gnPPpY.
- 16. Granda E. Salud pública e identidad. Memorias del foro *Modelos de desarrollo, espacio urbano y salud.* Bogotá; 1999.
- 17. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso saludenfermedad. En: Rodríguez MI, coord. Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud. Washington, D.C: OPS/OMS, Serie desarrollo de recursos humanos No. 101. 1994 [citado 10 de mayo de 2014]; p. 1-12. Disponible en: https://goo.gl/OFRHNb.
- 18. Laurell AC. Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano. 1. ª ed. Buenos Aires: clacso. 2013 [citado 10 de mayo de 2014]; p. 45-50. Disponible en: https://goo.gl/O3RQqj.

- 19. Franco S. Entre los negocios y los derechos. Lecciones ético-políticas de 20 años de confrontación por la salud en Colombia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013 [citado 13 octubre de 2016]; 39(2):1–17. Disponible en: https://goo.gl/4Cr6mS
- 20. López–López MV. La salud colectiva: un campo de conocimientos y de prácticas que busca redimensionar la salud-enfermedad-atención. En: IV Congreso, Internacional Infancias y Salud Colectiva. Medellín: Universidad de Antioquia, Observatorio Nacional de salud bucal y práctica odontológica y CINDE. 2012; p. 7.
- 21. Arias MM, López MV, Jaramillo DE. Teaching research: the experience in the collective health master program at the University of Antioquia, Colombia. *Rev Latino-Am Enf.* 2007; 15(3):3. http://doi.org/fjqnq6.
- 22. Ortiz GA. Caracterización Comuna 3 Manrique de la Ciudad de Medellín. Medellín: Equipo de investigación en Memoria Histórica Red Comunitaria RIOCBACH, Universidad de Antioquia; 2012 [citado 11 de julio de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/0IS7Vv.
- 23. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. 2006 [citado 10 de mayo de 2014]; 2(2):123-46. Disponible en: https://goo.gl/yulQM8.
- 24. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En: Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud: documento para la discusión. México, D.F: ALAMES; 2008 [citado 10 de mayo de 2014]. Disponible en: https://goo.gl/18HJI2.
- 25. Samaja J. Epistemología de la salud, reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
- 26. Almeida-Filho N. La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2000 [citado 24 de agosto de 2014]. Disponible en: https://goo.gl/VTcNJK.
- 27. Almeida-Filho N. Para uma teoria geral da saúde: anotações epistemológicas e antropológicas preliminares. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(4):753-70. http://doi.org/fvw3jw.
- 28. Granda E. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. En: xi Congreso de la Asociación Internacional de Políticas en Salud. La Habana: viii Congreso Latinoamericano de Medicina Social; 2000.
- 29. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: Construcción de lo social y de género. En: Centro de Estudios Sociales CES. Cuerpo diferencias y desigualdades. Bogotá, D.C.: CES. 1999 [citado 02 de junio de 2014]; p. 130-141. Disponible en: https://goo.gl/kQtQsy.

- 30. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*. 2010 [citado 02 de junio de 2014]; 6(1):83-101. Disponible en: https://goo.gl/X0aBLj.
- 31. Breilh J. Nuevos paradigmas en Salud Pública En: Reunión Internacional Un enfoque de ecosistemas para la Salud Humana: enfermedades transmisibles y emergentes. Río de Janeiro Brasil; 1999.
- 32. Breilh J. 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. En: Passos Nogueira R, ed. Determinacao social da saúde e reforma sanitária. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES. 2010 [citado 02 de junio de 2014]; p. 87-125. Disponible en: https://goo.gl/N9CLOU.
- 33. Breilh J. La Sociedad: El debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Rev. Bras. Epidemiol.* 1998; 1(3):207–33. http://doi.org/bdttcz.
- 34. Laurell AC. La salud: de derecho social a mercancía. En: Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud, México. Fundación Friedrich Ebert. 1995 [citado 02 de junio de 2014]; p. 9-31. Disponible en: https://goo.gl/Q54Jhv.
- 35.Franco A. Globalizar la salud. *Gac Sanit.* 2003 [citado 10 de mayo de 2014]; 17(2):157-63. Disponible en: https://goo.gl/EoxZ07.
- 36. Gañán JL. Los muertos de Ley 100, prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud una razón de su ineficacia caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. [Tesis doctoral]. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Política; 2013 [citado 26 de junio de 2014]. Disponible en: https://goo.gl/CpVMik.
- 37.Hernández M. Salud: Aclaremos los caminos y abramos el debate. Semanario virtual Caja de herramientas. 323 octubre 5 al 11 de 2012. Medellín: Caja de Herramientas. 2010 [citado 02 de junio de 2014]; p. 2. Disponible en: https://goo.gl/LciWlv.
- 38.Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2000 [citado 15 de octubre de 2016]; 18(2): 83-100. Disponible en: https://goo.gl/nFIKsk.
- 39. Abad GH. La poliatría y la teoría mesopanómica. En: Foro, Salud Siglo xxI, Medellín; Universidad de Antioquia, Ministerio de Salud. 1984; 2:351-5.

- 40. Tajer D. Experiencias de movilizaciones contra los efectos de la globalización en la salud: Latinoamérica. La medicina social latinoamericana en los 90: hechos y desafíos. En: Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto L, compiladores. Salud y globalización. Madrid: Edic. FADESP, 2005 [citado el 23 de septiembre de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/NUcdHC.
- 41. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*. 2011 [citado 06 de octubre de 2016]; 7(3):285–315. Disponible en: https://goo.gl/YbhXFP.
- 42. López MV, Arias BE, Gaviria DL. Masters in Collective Health: pathway of challenges and possibilities. *Invest Educ Enferm*. 2015 [citado 06 de octubre de 2016]; 33(2):191-3. Disponible en: https://goo.gl/0j2eUp.
- 43. Gómez GE, Castrillón MC. Propuesta de investigación en política sanitaria y modelos de prestación de servicios de salud para la Maestría en Salud Colectiva. Medellín: Universidad de Antioquia; 1992.
- 44. De Souza M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*. 2010 [citado 09 de octubre de 2016]; 6(3): 251-61. Disponible en: https://goo.gl/w0OeAj.
- 45. Breilh J. Epidemiología, economía, medicina y política. 7. ª ed. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Corporación Editora Nacional; 2010.
- 46. Spinelli H. El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud colectiva*. 2012 [citado 10 de junio de 2014]; 8(2):107-130. Disponible en: https://goo.gl/uIAVpl.
- 47. Granda E. Salud y globalización. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. Parte v. Nuevos planteamientos sobre la salud pública. Quito: CONASA. 2007; p. 393–406.

#### CAPÍTULO 4

### VEINTE AÑOS CONSTRUYENDO LA SALUD COLECTIVA. LA EXPERIENCIA DE LA MAESTRÍA EN SALUD COLECTIVA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Beatriz Elena Arias López Berena Patricia Torres Marín

#### INTRODUCCIÓN

Para dar cuenta de lo sucedido en estos veinte años de existencia, vale la pena retomar la propuesta que originó el proyecto de formulación de la Maestría en Salud Colectiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia en 1991 y acompaña desde entonces este devenir académico: un proyecto interdisciplinario desde las ciencias sociales y de la salud para la producción de conocimientos y el desarrollo de propuestas alternativas (1,2).

La propuesta comenzó con la problematización de la salud familiar y la salud comunitaria, las cuales tenían fuerte influencia en los escenarios académicos y las prácticas en salud del momento. En el transcurso del tiempo, dicha propuesta fue orientada hacia una apuesta decidida y explícita por la salud colectiva; esta última entendida como un concepto más amplio, que permitía poner en el centro de la discusión las relaciones de poder, la pluralidad de lo social y la heterogeneidad de los sujetos, con el fin de comprender e intervenir en los aspectos sociopolíticos de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte de los grupos sociales.

Claramente la propuesta surgió animada por la influencia de la medicina social latinoamericana que se venía consolidando desde los años sesenta, especialmente en Ecuador, México y Brasil. Este enfoque de la medicina fundamenta su lógica y accionar en la historicidad y el carácter social de los procesos, incluidos los paradigmas de cientificidad, con el fin de interrogar su validez, transformaciones y fronteras. Así pues, se distanció de forma explícita de las prácticas de la medicina preventiva, la medicina comunitaria y la medicina familiar, encaminadas a la planificación estatal de aumento en las coberturas de atención.

Desde el punto de vista pedagógico, la propuesta pretendió trascender el modelo de unidades disciplinares para avanzar hacia el modelo de ejes temáticos, con una orientación preferente por el trabajo directo en campo y el intercambio con pares. Su aspiración era superar el enfoque convencional de formación de recursos humanos en salud, centrados en la enfermedad, la cientificidad de lo cuantificable, el nivel individual de análisis y la preponderancia de la mirada médico sanitaria.

Las líneas de investigación con las cuales arrancó el programa se concentraron de forma importante en la salud de comunidades indígenas, lo cual ha permanecido vigente en estos años y cuyos ejes se constituyeron sobre el proyecto de etnodesarrollo y el diálogo de saberes. Asimismo, en el momento en que se fundó el programa, fueron consideradas otras líneas como *Mujer, salud y desarrollo; Política sanitaria y modelos de prestación de servicios de salud y Salud urbana*. Estas líneas sin duda han tenido transformaciones y modificaciones, pues con los años, se ha cuestionado la univocidad del desarrollo como aspiración al igual que las al-

ternativas *al desarrollo* en directa oposición a los reiterados intentos de alternativas *del desarrollo*; sin embargo, muchas de las problemáticas y preocupaciones de entonces siguen vigentes en el panorama actual (3,4).

Desde sus inicios, el programa de Maestría en Salud Colectiva ha buscado fortalecer a sus estudiantes en dos vías: su capacidad investigadora y su perfil como hacedor para así apuntar a la metáfora de *intérprete mediador* que posteriormente Granda usó para dar cuenta de un accionar crítico al *salubrismo tradicional y positivista* (5). Esta aspiración ha marcado el desarrollo de la propuesta hasta el presente como un horizonte ético y político de formación.

Para entender y situar más claramente el desarrollo del programa, es importante resaltar las características del contexto en que nació, ya que es allí donde adquiere significado y pertinencia. La propuesta surgió en pleno inicio de la década de los noventa, momento caracterizado por el ascenso de las ideologías neoliberales; la apertura de los mercados internos y las medidas de ajuste económico, con su correlato en la transformación de las instituciones y el aparato estatal; los procesos de privatización; la disminución del gasto social; y la precarización del mundo del trabajo, camino que avanza en intensidad y alcance hasta el presente. En la cotidianidad colombiana aún resuenan con intensidad las grandes inequidades sociales la impunidad de la justicia el recrudecimiento de la violencia compleja, involucra narcotráfico, guerrillas, fuerzas del Estado y fuerzas paramilitares que para dicho momento ya se empezaban a consolidar en distintas regiones del país.

Paralelamente, en medio de un momento tenso entre un monopolio bipartidista cuestionado y una movilización social amplia, se daba un cambio en la Constitución Política Colombiana de 1991, producto de la puesta en escena de

una Asamblea Nacional Constituyente. La nueva bitácora nacional introdujo una renovada esperanza a la posibilidad de la participación ciudadana, al fortalecimiento del Estado de derecho y al reconocimiento de la diversidad en sus múltiples manifestaciones en la jurisdicción nacional.

Allí la salud, consagrada en el artículo 49, aparece como un derecho social ineludible que el Estado debe garantizar. Dos años después, en 1993, se discutía la reforma a la seguridad social. El Estudio Nacional de Salud de 1990 señalaba fracturas y tensiones relacionadas con el panorama epidemiológico tales como la pugna entre modelos curativos y modelos preventivistas y las transformaciones en los perfiles. Estas últimas se presentaban sobre las enfermedades crónicas no infecciosas en ascenso frente a las enfermedades infecciosas y tropicales. Todas estas tensiones, entre otras, tenían diferencias regionales que se manifestaban por el acceso inequitativo y diferencial al sistema de salud, expresión del deterioro de las condiciones de vida (6).

El entonces proyecto de Maestría en Salud Colectiva encontraba en ese contexto un llamado para la formación de profesionales de salud con la capacidad y el compromiso para responder a una gran adversidad; pero renovados en sus formar de ver y de actuar, con el fin de superar las limitaciones heredadas de modelos de formación orientados por lógicas positivistas y de respuestas funcionalistas a los problemas de la investigación y la acción en el campo de la salud.

La iniciativa surgió del tesón de un grupo de mujeres enfermeras, quienes acompañadas por profesionales nacionales y de otros países latinoamericanos, lograron instalar la discusión; a pesar de la discrepancia que se dio incluso al interior de la Universidad de Antioquia por sectores que simplificaban la disciplina y confinaban «las enfermeras a la enfermería» en una versión reducida del cuidado de la

vida y una visión limitada del aporte de dicha disciplina a la dinamización del trabajo con comunidades y grupos (1,7). Además, la sinergia aumentó con la alianza de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e instituciones académicas de América Latina, las cuales se convirtieron en aliados claves para la viabilidad del proyecto, el cual llegó finalmente a su concreción en el taller *Las ciencias sociales en los posgrados de medicina social de América Latina y en la Maestría en Salud Colectiva*, realizado en 1991 (1).

Así, el programa de Maestría en Salud Colectiva fue aprobado en dicho año e inauguró su primera cohorte en 1994 con 12 estudiantes, con lo cual empezó a dar respuestas a una serie de necesidades que aún siguen vigentes en el panorama de formación posgraduada. Entonces, el sello distintivo del programa se consolidó: una formación orientada a las ciencias sociales como estrategia para consolidar un pensamiento que transforme las prácticas en salud, con elementos para el debate y el análisis sociopolítico de los problemas del contexto local, nacional e internacional. Donde los estudiantes están comprometidos con el análisis y las prácticas de salud que trasciendan el modelo biomédico, con sensibilidad social y capacidad para reconocer y respetar la diversidad sociocultural de la población colombiana. Un programa comprometido con la consolidación de la investigación y la publicación en el campo de la salud colectiva y con el fortalecimiento de la investigación cualitativa en la compresión de problemáticas del proceso salud-enfermedad.

A continuación, se presentan los resultados de 20 años de actividad ininterrumpida de la Maestría en Salud Colectiva, trazando en una línea de tiempo las dinámicas y procesos que se han venido desarrollando en el programa, y la manera como el mismo ha ido dando respuesta a esas necesidades que iluminaron su proyección hace 20 años. Para ello, se parte de una revisión de los perfiles de quienes han sido

estudiantes —ahora egresados del programa—, sus docentes y la producción académica que se concreta en 58 trabajos de grado de los 71 egresados del programa a la fecha. Desde estas fuentes, se plantea un panorama de los principales aportes que la Maestría ha hecho a la discusión y la construcción del campo de la salud colectiva, con sus especificidades, tendencias, fortalezas y limitaciones, señalar los retos en los años siguientes, en un contexto que se torna cada vez más adverso continuar en la construcción de este campo inacabado de pensamiento y práctica social.

## LÍNEA DE TIEMPO

## Interdisciplinariedad

Como ya se mencionó, los 71 egresados del programa son la expresión clara de la apuesta por la interdisciplinariedad que se esbozó hace años, pues se encuentran profesionales de: Enfermería (27%), Educación Física (14%), Psicología (11%), Nutrición (11%), Medicina (10%), Odontología (6%), Antropología (5%), Fisioterapia (4%), Comunicación Social (4%), Biología (3%), Microbiología (1%), Administración de Servicios de Salud (1%) y Trabajo Social (1%); los cuales hacen parte del encuentro al que en las últimas cohortes se suman también profesionales de Historia y Química Farmacéutica. Estos profesionales se han acercado al programa buscando ampliar su perspectiva, a veces limitada por visiones monodisciplinares, pues la falta de un panorama más amplio ocasionó problemas en su práctica profesional; mientras que la interdisciplinariedad puso en tensión los límites borrosos entre las disciplinas que, puestas en diálogo en los problemas de investigación, conllevan la necesaria recomposición de un vitral comprensivo más complejo.

Esta tendencia, claramente planteada en su génesis, se expresa igualmente en el grupo docente que ha acompañado

el programa, ya que son profesiones procedentes de diversas carreras: Enfermería, Medicina, Antropología, Sociología, Filosofía, Psicología, Nutrición y Dietética, Trabajo Social y Odontología, y formación posgraduada en Salud Colectiva, Medicina Social, Salud Pública, Ciencias de la Salud, Salud Mental Comunitaria, Antropología Médica, Antropología Social, Enfermería, Educación, Sociología y Filosofía. Mantener la interdisciplinariedad sigue siendo un compromiso del programa, de allí el desafío de ampliar el abanico hacia otros campos, avanzando en la superación de lo multiprofesional, hacia miradas y acercamientos más integradores.

## Focos de reflexión y práctica

El programa se proyectó con la intención de acercarse a problemas relacionados con el saber en salud, no solo desde las perspectivas teórico—epistemológicas de los conocimientos gestados en el mundo académico, sino también desde los conocimientos populares, tradicionales y alternativos. Se esperaba obtener una mejor comprensión del proceso salud—enfermedad en contextos sociales particulares, desde una perspectiva sociohistórica, para incidir sobre las prácticas sanitarias. Estas últimas centradas en los diagnósticos de necesidades en salud, las relaciones Estado—salud, las políticas sanitarias, los servicios de salud y la educación para la salud.

Si bien la producción académica, representada en los trabajos de grado de los egresados, ha materializado dicha intención, es importante señalar que las dinámicas sociales también la han transformado: a la indagación por el proceso salud-enfermedad se ha sumado el interrogante sobre el cuidado y la muerte; mientras el foco sobre las prácticas sanitarias ha cedido su lugar a una expansión hacia diversas prácticas sociales, que si bien las incluye, superan su mirada.

Desde ese punto de vista, se pueden señalar unas grandes vías de abordaje, algunas de las cuales han permanecido a lo largo de estos 20 años, mientras otras, emergentes en el tiempo, se han ido instalando entre sus objetos epistémicos de reflexión y transformación. Tomando como base 58 informes de tesis correspondientes al total de los egresados del programa, podría trazarse el siguiente perfil:

- Temas que aparecen desde el comienzo del programa hasta la fecha: aproximadamente la mitad se han ocupado de temáticas correspondientes a la promoción de la salud (24%) y la salud sexual y reproductiva (22%), en forma ininterrumpida desde 1994 a la fecha, así como a la exploración de campos del saber profesional en salud (14%), tema que aparece en 6 de las 8 cohortes finalizadas hasta el momento.
- Temas que emergen en el desarrollo y se mantienen hasta la fecha: la gestión en salud (10%) aparece en trabajos de grado a partir de la tercera cohorte; la seguridad alimentaria (9%), a partir de la cuarta; y la vulnerabilidad social (10%), a partir de la quinta.
- Temas que han surgido de forma intermitente a lo largo de los veinte años del programa: cuidado familiar (7%) y envejecimiento (4%).

Podría decirse que este perfil guarda relación con intenciones epistemológicas y teóricas explícitas del programa y de las líneas de investigación que acompañaron el momento fundacional del mismo, pero también con la procedencia disciplinar de los participantes y la instalación en la escena académica de diversos problemas sociales.

Estas líneas temáticas convergen en focos problemáticos que han sido la fuente concreta de problematización y preguntas de investigación de la siguiente manera:

- *Promoción de la salud:* representaciones sociales, cultura y salud, indicadores cualitativos, prácticas sociales y prácticas pedagógicas.
- Salud sexual y reproductiva: experiencia de padecimiento, producción de conocimiento para la comprensión de la sexualidad, violencia conyugal, condicionantes culturales y sociales, significados y experiencias para los jóvenes, comportamiento y patrón reproductivo en comunidades indígenas y representaciones sociales de la sexualidad.
- Saberes profesionales en salud: políticas públicas, mundo del trabajo profesional, representaciones sociales de grupos profesionales, producción de conocimiento en grupos profesionales, enfoque de promoción de la salud en los procesos de formación y las prácticas profesionales, regulación médica en el marco de la reforma, prácticas etnomédicas y relaciones ecosistémicas.
- Gestión en salud: políticas públicas, calidad de atención, gestión participativa, planes y programas de salud, planes de desarrollo.
- Seguridad alimentaria: percepciones sobre hábitos alimentarios y cultura alimentaria.
- *Vulnerabilidad social:* condiciones y modos de vida, integración/inclusión social, significados y experiencia.
- Cuidado familiar: rol femenino, experiencia e impato biográfico y percepción de las prácticas de cuidado familiar.
- *Envejecimiento:* significados y experiencias, y reproducción social.

A partir de los anteriores focos problemáticos, se han incorporado una serie de conceptos ordenadores o referenciales procedentes de las ciencias sociales y humanas, los cuales han permitido abrir el campo, incorporar abordajes diferentes y combinar diversas perspectivas. Más que una función explicativa teórica, estos conceptos han permitido aprehender diversas facetas del objeto epistémico, no detectables desde una óptica única para dar un aporte a la perspectiva interdisciplinaria y al avance de la Maestría en Salud Colectiva en la construcción del campo en sí. El mapeo de estos referenciales ha sido el siguiente:

- Promoción de la salud: salud, proceso vital humano, cosmovisión del proceso salud-enfermedad, bienestar, género, cultura, representaciones sociales, necesidades, capacidades humanas, desarrollo humano, participación y ciudadanía, conflicto y convivencia, cuidado de sí, feminismos, masculinidades, cuerpo y corporalidad, motricidad y análisis de pronunciamientos institucionales de promoción de la salud.
- Salud sexual y reproductiva: sexualidad, género, feminismo, interculturalidad, representaciones sociales y significados, erotismo, patrones reproductivos, patrones demográficos, procesos y contextos de socialización, enfoque preventivo y de riesgo.
- Saberes profesionales: salud, sociología de las profesiones, medicalización, sujeto profesional, representaciones sociales, sistemas tradicionales (chamanismo, jaibanismo), visión eco-sistémica del pensamiento en salud, cuerpo y corporalidad.
- Gestión en salud: determinación social, determinantes sociales, condiciones de vida y de trabajo, políticas públicas, respuesta social y participación, sistemas de

salud, legislación en salud, atención en salud, calidad, y vigilancia epidemiológica.

- Vulnerabilidad social: territorialidad, reproducción social, integración, identidad, familia, trabajo, participación, rehabilitación social, desplazamiento y literacidad.
- Seguridad alimentaria: cultura alimentaria, adversidad alimentaria, prácticas alimentarias, hábitos alimentarios, estado nutricional y seguridad alimentaria.
- Cuidado familiar: promoción de la salud, contextos de cuidado, género, cuidado familiar, cuidado profesional e institucional, sobrecarga del cuidador, trayectoria biográfica y emocionalidad.
- *Envejecimiento:* trayectorias de vida, contexto socioeconómico, vejez y proceso de envejecimiento.

# Sujetos participantes

La Maestría en Salud Colectiva ha privilegiado la investigación directa con sujetos, dando preponderancia al contacto de los profesionales con las realidades sociales y sus protagonistas. En este sentido, solo 5% de las investigaciones se han apoyado exclusivamente en fuentes documentales, en tanto que el 95% se han dirigido a los actores sociales como fuente predilecta para la construcción de conocimiento. Así, en los procesos de investigación de los egresados aparecen sujetos individuales y colectivos, agrupados en función de sus características socioculturales y los roles que ocupan en el juego social, los cuales podemos identificar de la siguiente manera:

• Sujetos colectivos conformados en función de definiciones socioculturales: mujeres (14%), jóvenes (14%),

personal de salud (12%), comunidades indígenas (12%), territorios locales (12%), comunidad educativa (5%), niños (5%) y personas mayores (3%).

• Sujetos colectivos conformados en función de su posición/rol social: cuidadores familiares (2%), decisores en salud (3%), usuarios de programas (7%) y víctimas (5%).

## Enfoques metodológicos

Como se mencionó anteriormente, la Maestría se había propuesto en comienzos fortalecer la investigación cualitativa, señalando en forma preferencial una opción por la investigación participativa. Esta tendencia ha sido clara en el programa y responde a una apuesta política de formación, ya que reconoce la articulación entre las formas de conocer, sus implicaciones sociales, su afán explícito de superar las limitaciones de las aproximaciones positivistas y funcionalistas al conocimiento y las prácticas sociales. En ese sentido, el 95% de los trabajos se han inscrito en una perspectiva cualitativa, principalmente a través de recorridos por métodos como la etnografía, la teoría fundamentada y la investigación acción participativa haciendo triangulación, en algunos casos, con estudios demográficos.

# APORTES A LA DISCUSIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD COLECTIVA

# Objeto de la salud colectiva

Las reflexiones epistemológicas y teóricas han permitido identificar categorías centrales para la discusión y construcción del campo de la salud colectiva, y así consolidar su objeto: *el proceso salud-enfermedad (cuidado, atención y muerte)* como proceso sociohistórico, en una crítica explícita al modelo biomédico por su carácter unidisciplinar,

especializado, tecnocrático y morbicéntrico, cuyas «fisuras» han propiciado nuevas perspectivas de análisis y de prácticas en salud (8). La dinámica de estos veinte años ha permitido ampliar la triada *salud–enfermedad–atención*, involucrando los elementos del cuidado y la muerte a este proceso, en la medida en que se reconoce en el *cuidado* una noción más amplia, no aprehensible desde la atención, y en la *muerte*, una condición propia de la naturaleza finita que amerita mayor comprensión. En el transcurso de estos años es posible encontrar unas líneas de consolidación de dicho objeto.

Para empezar, los debates entre las propuestas de determinación social y determinantes sociales de la salud aparecen en el desarrollo del programa. La primera fue desarrollada desde los años setenta por el pensamiento latinoamericano y la epidemiologia crítica y ha contribuido de forma importante a consolidar el objeto epistémico de la salud colectiva, pues evidencia la estrecha relación entre reproducción social, modos de vivir, enfermar y morir, de lo cual deriva el modelo de subsunción de lo general—particular—singular y por tanto, plantea la determinación estructural del proceso salud—enfermedad (cuidado, atención y muerte) (9).

Paralelamente, desde los años noventa surge la segunda propuesta desde el seno de la OMS, la cual también permea el escenario académico en un afán por superar lo individual, instalando lo social solo como un factor de análisis del proceso salud—enfermedad, lo que es divergente ética y políticamente de la primera propuesta. De esta forma, demanda de la salud colectiva una mirada atenta para reconocer las implicaciones del sistema de acumulación capitalista en la destrucción de la naturaleza y la reproducción de las relaciones de inequidad, evitando los acercamientos ingenuos a modelos empírico-funcionalistas convencionales, insertos en un discurso institucional renovado.

En segundo lugar, surge la problematización de la noción de salud, como un proceso que va más allá de la enfermedad e involucra discusiones acerca de la vida que inicialmente conducen a la incorporación de la categoría de proceso vital humano (10), en contraposición a la dimensión biológica del ciclo vital; pero que se ha ido problematizando hacia el proceso vital para interrogar no solo las relaciones que establecen los colectivos humanos en función de sus necesidades históricas y sociales, sino también la vida no humana, donde se juegan dinámicas como las del territorio y otras expresiones vitales. Ahora bien, la producción académica también ha permitido comprender que dichas necesidades históricas se expresan y actualizan en la vida cotidiana, es allí donde se produce la interrelación entre los sistemas sociales, las estructuras de poder, los modos de producción y la reproducción social. Adicionalmente, es en el escenario de lo cotidiano donde los grupos sociales configuran el sentido de alteridad y otredad (11) en tanto se tramitan las tensiones y contradicciones y donde es posible construir diálogos interculturales que incorporan la noción de lo otro y lo diferente, no solo desde imágenes de la alteridad construidas por el pensamiento hegemónico.

En tercer lugar, al tomar este camino se cuestiona por el lugar del *sujeto y las subjetividades* en el campo de la salud colectiva; lo que abre una compleja polémica entre determinación y agencia. Las discusiones por las transformaciones del sujeto moderno que transita de su condición racional a su condición de complejidad problematizan la función de los significados, las motivaciones, los discursos y las emociones, y en general de las experiencias subjetivas en su capacidad de transformar dinámicas cotidianas y sociales, en tanto los sujetos se insertan en entramados complejos que afectan las relaciones sociales y renuevan las formas de vivir (12). La dinámica de la determinación social, ya mencionada, es nuevamente cuestionada a la luz de la pregunta por el

sujeto y la producción de subjetividades y las posibilidades en las sociedades capitalistas contemporáneas.

Finalmente, estos trazos confluyen en la noción de *praxis*, concepto central en la salud colectiva, campo de conocimiento y práctica social, es precisamente esta última la que abre posibilidades a la producción de conocimiento. Si se entiende la *praxis* como acción reflexiva sobre saberes acumulados que se actualizan y se reinventan en función de los cambios del contexto y de las dinámicas sociales, entonces es posible saldar la fisura permanente entre teoría y práctica y superar las dicotomías y fragmentaciones del proceso salud–enfermedad (cuidado, atención y muerte).

#### La construcción de lo colectivo

La apuesta por lo colectivo ha conducido al lugar de lo relacional e intersubjetivo, bajo el supuesto de que la vida de los sujetos y los colectivos se desarrolla dentro de las relaciones sociales, culturales, económicas y de poder, y es en ellas donde los sujetos construyen su subjetividad (13); por lo cual, lo colectivo no es homologable a la sumatoria de individuos, capturada bajo el prisma de lo poblacional. Las dinámicas intersubjetivas ponen en el centro la posibilidad de compartir y crear en conjunto a partir de prácticas que se nutren de saberes profesionales y legos, que se corresponden con los entornos donde viven los sujetos y la relación que establecen con las organizaciones e instituciones que allí actúan. Se ha comprendido que lo colectivo se construye como resultado de intercambios culturales múltiples, en articulación con elementos sociodemográficos, económicos y de género que han sido problematizados por las herramientas de la epidemiologia crítica, del análisis cultural y del feminismo.

# La consolidación de la perspectiva epistemológica en salud colectiva

El programa se ha alimentado en estos años del *pensamiento crítico*, con una importante fuente en la tradición teórica de la llamada Escuela de Frankfurt, del pensamiento feminista crítico, de los planteamientos de Gramsci, Giddens Bourdieu, además del pensamiento de autores latinoamericanos y más recientemente de las propuestas decoloniales.

Desde allí se introducen diversas discusiones cuya pretensión radica en que los profesionales que construyen la maestría puedan hacer una comprensión de sí mismos y de la sociedad en la que viven, pero sobre todo que puedan desarrollar prácticas e investigaciones comprometidas con la transformación social como fundamento de una formación integral. La producción de conocimiento y práctica en salud colectiva está atravesada por la lucha política y es en esta, donde cobra valor la noción de *intérprete—mediador* (5), porque es él quien reconoce las maneras como los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes y desarrollan las acciones relacionadas con la salud; pero además, se vale estratégicamente de los conocimientos científico, político y económico para mejorar la calidad de salud y vida.

La orientación política a un conocimiento comprometido con la sociedad ha derivado en una atención a las dinámicas y los escenarios territoriales. Esto con el fin de consolidar y gestionar propuestas conjuntas con los diversos actores sociales que ocupan y transitan por los territorios locales. Este es un proceso que recientemente se ha concretado en una propuesta pedagógica de «aula territorio», donde además de fortalecer la articulación con los procesos investigativos, busca afianzar acciones en las que converjan corresponsablemente Estado, movimientos sociales, comunidades y actores académicos/profesionales (14).

La perspectiva crítica ha permitido mantener una alerta sistemática sobre diversas prácticas, tales como las estrategias de focalización que hace el Estado para el manejo de la cuestión social, las políticas de inclusión e integración social, las tensiones y contradicciones frente a la vulnerabilidad y, aquellas que sostienen y mantienen dinámicas sociales ancladas en lógicas patriarcales; las cuales convierten en artificio los procesos de integración inclusión y las relaciones de inequidad y exclusión.

Precisamente son estas intencionalidades las que han hecho que el programa se haya acercado durante estos veinte años a las epistemologías feministas, ya que, además de mantener el interés por la salud de las mujeres, son perspectivas que han permitido explorar otros acercamientos metodológicos e interrogar las concepciones dominantes en la construcción de conocimiento y en las prácticas sociales, las cuales han puesto en desventaja a las mujeres y a otros grupos subordinados de la sociedad (15). La búsqueda está en provocar cambios para que los intereses de estos grupos se visibilicen en un posicionamiento político, donde la subjetividad sea considerada como un valor y la praxis permita generar conocimiento afirmado y reconocido como bien común (16) en la reiteración de que la realidad se construye de acuerdo a lo que somos y a la vez nos construye.

# La dinamización de vías metodológicas en salud colectiva

El tránsito por estos veinte años de trabajo académico ha mantenido en escena las tensiones entre los paradigmas biomédico/positivista y los de orientación más comprensivo/interpretativo, lo cual ha instaurado una tendencia por el multimétodo en oposición al privilegio del monismo metodológico. El optar por dicha orientación no niega la necesidad del rigor, por el contrario, reclama lecturas complejas,

comprensivas y de contextualización más amplia, la importancia de los métodos mixtos y las diversas triangulacione de teorías, método, investigadores, fuentes y técnicas (17).

Este procedimiento se expresa no sólo en los procesos de investigación que se han emprendido, sino también en las prácticas sociales y ha privilegiado aquellos enfoques no convencionales, distantes de los clásicos modelos biologistas y comportamentales. De esta forma, se pueden desplegar los saberes cotidianos de las comunidades locales y promover la construcción conjunta con otros actores profesionales e institucionales, en prácticas participativas que permitan la configuración del sujeto colectivo y la orientación hacia la acción política.

La discusión por lo interdisciplinar de las ciencias sociales y la salud se expresa, más allá de la procedencia disciplinar de estudiantes y docentes, en la incorporación de diversos temas, focos y categorías provenientes de varios campos de conocimiento que se ponen en diálogo para la comprensión del objeto proceso salud-enfermedad (cuidado, atención y muerte), objeto complejo en tanto se le considera como interrelacional y no un agregado de elementos. Esta condición nos aboca al reto por trascender a una perspectiva transdisciplinar, lo cual implica construir categorías de análisis que, como dice Morín, vayan más allá de lo disciplinar e interdisciplinar, a un conocimiento y pensamiento complejo con las incertidumbres, indeterminaciones y fenómenos diversos que emergen de la realidad y que profundizan nuestro cuestionamiento a lo cuantificable, causal, relativista y funcional (18).

Es allí donde cobra pertinencia la *epidemiología crítica* como herramienta metodológica que al articular las dimensiones general, particular y singular busca, como afirma Breilh, desentrañar críticamente las raíces estructurales de los problemas de la salud que reproduce la acumulación y

las acciones que deben ser diseñadas para que hagan posibles procesos protectores y soportes colectivos en vías de una sociedad sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura en todos sus espacios (19).

Como complemento y bajo la premisa reiterada de considerar la salud colectiva como campo de práctica social, también se ha incorporado la sistematización de experiencias como un método potente para la producción de conocimiento, ha permitido reflexionar dicha práctica en su relación con su contexto histórico de surgimiento y construcción, las acciones intencionadas que se proponen para conseguir los fines, los procesos que desencadenan las acciones, los resultados emergentes, las relaciones que se establecen, además de las emociones, y las interpretaciones que van expresando los sujetos participantes (20). La sistematización es un proceso métodológico crítico que permite ordenar y reconstruir una práctica, para develar la lógica del proceso vivido y generar conocimiento a través de los aprendizajes significativos de los sujetos derivados de dichas dinámicas y los cambios provocados.

# La construcción de una perspectiva política en salud colectiva

La perspectiva política de la salud colectiva pasa por la reflexión de categorías analíticas y posturas metodológicas que permitan una mejor comprensión del *punto de vista del actor* y de las relaciones entre los actores sociales, interés que, según Menéndez (13), había decaído por posturas funcionalistas, estructuralistas y marxistas de las décadas de los años cincuenta a los setenta, las cuales redujeron el interés por el tema que estuvo vigente a finales del siglo XIX y comienzos del XX, bajo la perspectiva de ser garantes de un mínimo de orden social y gobernabilidad (21). Hoy, estas propuestas siguen siendo debatidas toda vez que el desarrollo capitalista ha tratado de imponer valores basados en la

independencia individual y una sobrevaloración de la vida privada; lo que afecta las relaciones familiares, comunitarias y sociales, en escenarios de desigualdad e inequidad social, en los cuales las relaciones sociales se refuerzan para lograr unos mínimos de sobrevivencia y estabilidad social (22).

La realidad se organiza a través de las relaciones sociales que se establecen entre los sujetos y estos, a su vez, se apropian y actúan en la realidad de acuerdo a los lugares que ocupan en determinado sistema de relaciones; por ello, lo relacional como categoría de análisis y como postura metodológica permite leer la realidad desde los lazos sociales que construimos y que permiten relaciones de solidaridad, cooperación, apoyo, ayuda mutua y participación política. Estas relaciones que el capitalismo pretende relegar al fuero privado ponen de relieve la existencia de una serie de microrredes de poder y micropolíticas ejercidas por los sujetos excluidos de las redes de poder en la macropolítica y así, permiten su ingreso a la vida política, como estrategias de subvertir el orden institucionalizado (23,24). El sentido micropolítico no alude a una acepción minimizada o despectiva de lo político, sino a la manera como se construyen y circulan las relaciones y se tramitan los conflictos en los escenarios inmediatos de lo cotidiano, lo microsocial y lo local.

Es así como la Maestría ha posibilitado la exploración de la problematización del intercambio entre actores sociales insertos en el mundo de los saberes profesionales o institucionalizados, con aquellos procedentes de saberes populares y tradicionales. Y con ello, reconocer que las tensiones son un punto de riqueza en las negociaciones y consensos para la praxis y que solo en la interacción y el respeto es posible dinamizar acciones políticas y aportar en la construcción de sujetos políticos. Esta apuesta política se proyecta en función de forjar posturas críticas frente a las condiciones impuestas por el modelo de desarrollo imperante sobre la vida local y

microsocial, atravesada por dinámicas relacionadas con precarización del trabajo, preferencia por modelos eficientistas en la atención en salud y en la educación, privatización de los recursos, explotación y venta incontrolada de los recursos naturales, destrucción de las economías locales, exclusión social de diversos grupos sociales en el mundo, instauración de gobiernos no democráticos, represión a la protesta social y acciones de guerra que afectan a millones de personas en el mundo. Las lecturas críticas a estos fenómenos han buscado permear las reflexiones académicas y las prácticas, y valorar las resistencias locales y la movilización social en su potencial político, así como la consolidación de redes de apoyo social como recursos de salud colectiva.

#### **RETOS DEL PROGRAMA**

En la actualidad, el reto principal del programa es mantener y fortalecer el espíritu crítico en términos del surgimiento de la salud colectiva como una alternativa en pugna frente a las tendencias funcionalistas convencionales de la salud pública. Si bien, después de veinte años, las diferencias tienden a volverse borrosas en términos de construcción de problemas y acercamientos metodológicos con esta última, es necesario insistir en mantener una atenta mirada epistemológica y política, cada vez que no hay una transposición de espejo entre ambos campos, aunque en apariencia se acerquen a problemas comunes. En ese sentido, los ejes iniciales relacionados con el poder, la pluralidad de lo social y la heterogeneidad del sujeto siguen vigentes y constituyen un lente dinámico que debe renovarse para reconocer elementos emergentes, singularidades y contradicciones, los cuales pueden ser invisibilizados por los saberes más legitimados en el mundo académico.

Entre tanto, es menester avanzar en campos problemáticos importantes y que en el programa se han abordado de una

manera marginal o incluso han estado ausentes, como los relacionados con la salud mental colectiva. Abordarlos desde una perspectiva que supere la tradicional mirada clínica y se acerque a su comprensión en términos de lo social, cultural, educativo y político, más allá de las lógicas *psi*, aunque sin dejar de incluirlas. En el momento del país, atravesado por una historia centenaria de conflicto armado, el aviso de *post–acuerdo* y las lógicas políticas y económicas generadoras de sufrimiento y malestar, es fundamental el trabajo colaborativo y complementario entre saberes y experiencias subjetivas, no solo profesionales, sino ante todo de las mismas personas afectadas, que paralelamente interrogue el paradigma del desarrollo como generador de dicho malestar y sufrimiento, y avance en propuestas alternativas al mismo.

En ese sentido aparecen en el panorama: la discusión sobre masculinidades, la insistencia en fortalecer enfoques metodológicos que involucren la participación—acción como fundamentos de la comprensión, abordajes de evaluación desde una perspectiva comprensiva no eficientista, problematización de los enfoques garantistas de los derechos humanos (en función de las nuevas discusiones sobre derechos ampliados a la tierra—territorio) y la incorporación de esta perspectiva en la gestión en salud. Ante unas políticas nacionales de investigación en donde parece favorecerse la productividad y la innovación tecnológica, en la Maestría en Salud Colectiva insistimos en comprender problemas locales desde la perspectiva de los sujetos y las comunidades con posturas críticas que interrogan lo social como fuente de resistencias y singularidades.

#### **REFERENCIAS**

 Castrillón MC, Gómez GE. Proyecto de Maestría en Salud Colectiva en el contexto sanitario, sociopolítico y científico técnico de Colombia. Documento de trabajo. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 1991.

- Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. Maestría en Salud Colectiva Proyecto. Medellín: Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia; 1991.
- 3. Escobar A. Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia. Medellín: Unaula; 2014 [citado 03 de febrero de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/JNA5vv.
- 4. Quijano A. Cuestiones y horizontes de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Colección Antologías del Pensamiento Social Latinoamericano y Caribeño. Buenos Aires: clacso; 2014 [citado 03 de febrero de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/dlbytS.
- 5. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev. Cub. Salud Pública*. 2004 [citado 17 de marzo de 2015]; 30(2):3–20. Disponible en: https://goo.gl/liWFSh.
- 6. Colombia. Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación. La salud en Colombia. Documento general. Tomo 1. Bogotá: 1990; p. 60–103.
- 7. López MV. A propósito de los diez años de la maestría en salud colectiva. *Invest. educ. enferm.* 2005 [citado 20 de enero de 2015]; 23(1):8–12. Disponible en: https://goo.gl/vtpyo2.
- 8. Quevedo E. El proceso salud–enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 1990 [citado 20 de enero de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/BwNGTX.
- 9. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- 10. Franco S. Proceso vital humano, proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. Memorias del Seminario marco conceptual para la formación profesional de salud ética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1993 [citado]. Disponible: https://goo.gl/yvQ05k.
- 11. Grimson A. Los límites de la cultura. Crítica a las teorías de la identidad. Buenos Aires: Siglo xxI Editores. 2011; p. 16–92.
- 12. Jimeno M. Lenguaje, subjetividad y experiencias de violencia. Antípoda. *Revista de Antropología y Arqueología*. 2007 [citado 24 de febrero de 2015]; 5: 169-190. Disponible en: https://goo.gl/w9ccA6.
- 13. Menéndez E. Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales. *Relaciones*. 2006 [citado 03 de febrero de 2015]; 27(107): 146–78. Disponible en: https://goo.gl/VxWvX7.

- 14. López YL, coordinador. Proyecto BUPPE. Gestión académica y territorial de la atención primaria para el cuidado de la vida, la salud y el ambiente en los Barrios La Cruz, La Honda, Bello Oriente, Raizal y San Blas, Comuna 3 Manrique. Medellín: Universidad de Antioquia; 2015.
- 15. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Ediciones Morata; 1996 [citado 15 de mayo de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/QI7nDE.
- 16. Malo M. Prólogo. En: Malo M, editora. Nociones comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia. Madrid: Traficantes de sueños útiles. Queimada Gráficas; 2004 [citado 12 de mayo de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/P7mVs8.
- 17. Denzin N. Sociological methods. A Sourcebook. Chicago: Aldice Publisher; 1970.
- 18. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Madrid: Gedisa; 2009 [citado 06 de mayo de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/r0EFQc.
- 19. Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En: Morales C, Eslava JC, editores. Tras las huellas de la determinación. Memorias del seminario interuniversitario de determinación social de la salud. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia. 2015; p. 19–75.
- 20. Jara O. Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias. Seminario de la Agricultura Sostenible Campesina de Montaña (asocam). Cochabamba, Bolivia: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja (CEP); 2001 [citado 24 de enero de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/7Kz9s7.
- 21. Wolf E. Europa y la gente sin historia. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
- 22. Wolf E. Relaciones de parentesco, de amistad y de patronazgo en las sociedades primitivas complejas. En: Banton M, compilador. Antropología social de las sociedades complejas. Madrid: Alianza. 1980; p. 19–39. https://goo.gl/cAfkZO.
- 23. Dosse F, Deleuze G y Guattari F. Biografía cruzada. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2009.
- 24. Foucault M. Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Editorial Siglo xxi; 1975 [citado 25 de enero de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/GHgiLx.

#### CAPÍTULO 5

# LA SALUD COLECTIVA: UNA EXPERIENCIA DE FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Martha Esperanza Fonseca Chaparro

#### INTRODUCCIÓN

En este capítulo, más que ahondar en la discusión teórica acerca de lo que se entiende hoy como salud colectiva, se presenta la interpretación, la reflexión y la acción de un grupo de profesores pertenecientes al Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y al Grupo de Investigación Salud Colectiva (GISC). Este trabajo reivindica el concepto de *salud colectiva*, cuyas características y supuestos teórico—metodológicos, tanto del conocimiento como de la relación entre investigador y fenómenos de estudio, distan mucho de la salud pública.

Un importante hallazgo que motivó la consolidación del Departamento y el Grupo de Investigación fue un documento fechado en mayo de 2002, el cual fue presentado a la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) y daba cuenta de las preocupaciones que llevaron al Depar-

tamento de Odontología Preventiva y Social a cambiar su nombre por el de Salud Colectiva. Esto ocasionó un debate importante entre los profesores, el cual aún se mantiene y, además, propicia nuevos argumentos y posturas en torno a si se habla de lo mismo con respecto a la salud colectiva y la salud pública, eje que conduce este texto.

El análisis producido por este debate ha sido originado por los mitos, los conflictos y las contradicciones derivados de la globalización del modelo neoliberal y cómo desde la salud colectiva se debe: reflexionar y actuar sobre las reeditadas condiciones de explotación, empobrecimiento, expoliación y marginamiento que los nuevos tiempos imponen a los colombianos; para desde allí construir alternativas de vida desde una asunción de la salud cuya relación con los colectivos sea una forma de enfrentarse al avasallamiento de las ideologías del fin de la historia, el carácter interesado ético—político del quehacer de la salud colectiva (1).

Por lo anterior, desde el Departamento se pretende enfrentar académicamente el «proceso de imposición del neoliberalismo a partir de la creación de alternativas de vida digna dentro de una construcción colectiva de la justicia social, la autodeterminación y la participación política» (2 p14). Esto sin duda se aúna a los esfuerzos realizados desde distintos frentes, instituciones de educación superior y varios países, con el objetivo de posicionar el accionar de la salud colectiva y la necesidad de adelantar un proceso de definición y construcción de la misma a la luz de los principales problemas del país. El caso de la formación social en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia data de casi cuatro décadas de construcción académico-investigativa sobre los referentes conceptuales que han orientado nuestro quehacer, los aprendizajes y las aspiraciones que nos siguen motivando para continuar y desarrollar este compromiso.

### LA PERSISTENCIA DE LA POBREZA Y EL AUMENTO DE LA DESIGUALDAD

El aumento en las desigualdades y las inequidades tanto en el país como en la región fue una situación de indiscutible sufrimiento y preocupación que motivó el escenario académico–investigativo de profundización en lo social de la salud y en la salud colectiva. De acuerdo con las Naciones Unidas, Colombia ocupa el cuarto lugar entre los países más desiguales del mundo. Desde 1990, algunos países latinoamericanos optan por un modelo de desarrollo mediante las políticas de ajuste estructural, lo cual aumenta la pobreza y la indigencia, y Colombia no es la excepción. Para el año 2005, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) establece que en Colombia, el 48.6% de la población vive por debajo de la línea de pobreza y el 20% se considera indigente, con grandes desigualdades de género, étnicas, regionales y entre el campo y la ciudad (3).

Así mismo, el índice Gini, que es la medida técnica de la desigualdad en la distribución del ingreso en la que 1 es lo más alto, era de 0.53 en el 2013 (4). Esto sin olvidar que los indicadores que miden la pobreza con énfasis en el ingreso dejan de lado la concentración de la riqueza, es decir, el valor de la propiedad. Ello implica que mientras en 1990 el ingreso promedio del 10% más rico 39 veces mayor al del más pobre, 10 años después la relación era de 62 veces. Casi la tercera parte de los colombianos (30%) vive con 120 dólares al mes y el 16% con menos de 75 dólares (5). Por tanto, desde una perspectiva crítica sobre los indicadores, puede decirse que:

«Se mantiene así un círculo vicioso en el cual situaciones de injusticia social, dadas por el acceso desigual al territorio, aumentan. Debido no solo al contexto económico y político favorable a intereses particula-

res, sino también al acumulado que combina una baja capacidad estatal con violencia social y política por las condiciones de trabajo, salud y seguridad social, la poca infraestructura y el escaso acceso a servicios públicos; lo cual se traduce en determinantes sociales de las desigualdades y las inequidades en salud [...]. En consecuencia, mejorar las condiciones de salud de la población va más allá de mejorar la asistencia en salud y la atención de la enfermedad; implica profundas transformaciones de orden económico, político y social que permitan superar las desigualdades existentes» (6 p101).

## Por consiguiente,

«Son varias y complejas las razones estructurales que explican el empobrecimiento de varios grupos poblacionales del país, las principales son: el modelo económico que concentra la riqueza en unos pocos; la globalización financiera que empodera a la banca mundial; y los organismos internacionales y multinacionales que trazan las políticas del mundo por encima de las necesidades y fronteras nacionales» (5 p169).

Frente a la situación anteriormente esbozada, se consideró que la Universidad Nacional de Colombia, así como la Facultad de Odontología en su quehacer, no podrían mantenerse indiferentes ante el olvido que ha caracterizado a otras escuelas y corrientes de pensamiento más afines con la enseñanza hegemónica y la práctica de la salud pública. Dichas escuelas y corrientes esgrimen una posición neutral y objetiva de la realidad y entran a formar parte del poder simbólico de constituir y «enunciar una visión del mundo; de este modo, la acción sobre el mundo [...] ejerce un poder que permite obtener el equivalente de aquello que es obtenido por la fuerza» (7 citado por 2 p13).

# LA SALUD COLECTIVA: EL CARÁCTER SOCIAL E HISTÓRICO DE SU CONOCIMIENTO

El carácter histórico, intencionado y ético—político del conocimiento se aparta del pensamiento hegemónico en la *salud pública*. En ese orden de ideas, en el campo de la *salud colectiva* lo social no puede aparecer subordinado a los imperativos técnico—científicos, lo que implica asumir el saber un hecho de carácter neutral y funcional, con el cual se cree que se puede intervenir la realidad para controlarla.

Por esta razón, el esfuerzo del grupo de profesores del Departamento de Salud Colectiva ha estado encaminado a la formación social del odontólogo(a) con capacidades para pensar e intervenir en los problemas de salud bucal de la población colombiana y materializar compromisos para la transformación de sus condiciones de vida. Asimismo, se ha orientado crear, apropiar y difundir el conocimiento y la experiencia acumulada de forma crítica frente a la misma tradición en salud.

Por su contenido transdisciplinar, la salud colectiva se considera una alternativa efectiva para la integración de diferentes sectores sociales y comunitarios, con el fin de cuestionar la visión positivista, morbicéntrica, medicalizada, mercantilizada, asistencialista y excluyente de la salud actual. Este ha sido un proceso que ha contado con el concurso de queridos(as) colegas, estudiantes y distintos actores locales, con rupturas y aciertos sobre nociones diversas de la salud. Se ha pasado del enfoque preventivo individual al familiar—comunitario y de este a la salud colectiva.

# DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SOCIAL A LA SALUD COLECTIVA

Desde la corriente de pensamiento hegemónico de la salud pública, se empezaron a estudiar y entender las fisuras y los debates con la perspectiva crítica de la salud colectiva. De esta manera, se pudieron identificar tres momentos que se caracterizan a continuación:

El primero de ellos se debió en gran parte al trabajo institucional que la Universidad estableció, el cual buscaba tanto una construcción del conocimiento como una acción interdisciplinaria e inició con el Programa Interdisciplinario de Apoyo a la Comunidad (PRIAC) creado en 1987. Este se constituyó en un espacio académico valioso que permitió la reflexión y la investigación sobre la política pública y el Plan para Erradicar la Pobreza Absoluta y la Generación de Empleo, en un contexto de disputa por la expansión acelerada del neoliberalismo y también la construcción de propuestas de intervención con carácter interdisciplinario; lo cual favoreció modalidades de trabajo interinstitucionales, específicamente en las localidades 19 y 20 (Ciudad Bolívar) del Distrito Capital.

La contribución de profesores y estudiantes de la Facultad de Odontología estuvo centrada en la elaboración de un diagnóstico en salud, con participación social y comunitaria, y en el desarrollo de programas de educación en salud para las comunidades. Las instituciones receptoras, de este tipo de acciones en salud eran los Hogares de Bienestar HOBIS² y FAMIS³ del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), pues en ese momento el conocimiento y la práctica se centraban en una visión higienista y asistencialista de la salud pública, donde la erradicación de la pobreza era una meta prioritaria para evidenciar la eficiencia del Estado.

<sup>2</sup> Hogares Comunitarios de Bienestar HOBIS. Trabajo conjunto del Estado y la comunidad para fomentar el desarrollo del niño mediante procesos de socialización, mejoramiento del estado nutricional y condiciones de vida.

<sup>3</sup> Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI. se encargan de atender a las madres gestantes y lactantes, y a los niños hasta dos años, enseñándoles a las familias buenas prácticas de cuidado y crianza.

En salud bucal, la perspectiva de salud pública convencional contribuyó a establecer prácticas comunitarias de puericultura y crianza (8), que más allá de superar la visión tradicional de la salud, facilitaban la instalación de discursos equivocados sobre la atención primaria en salud, derivada de los planteamientos de finales de los años setenta en Alma–Ata.

La atención primaria se confundió con atención básica, entonces esta se redujo a estrategias de educación en salud para comunidades pobres como esquema esencial para prevenir las enfermedades. En esta visión de la salud pública, el discurso predominante en salud bucal se basaba en un tipo de intervención sobre comunidades cautivas dentro del sistema escolar (apoyado en la estrategia de las acciones incrementales), el cual se caracterizaba por una individualización en la atención de la enfermedad dental del escolar bajo los parámetros de la clínica positivista, sin una amplia comprensión de lo social de la salud bucal.

Tanto en la Universidad de Antioquia como en la Universidad Nacional, el debate con la salud bucal pública de corte convencional señala el conflicto entre enfoques de formación como *el énfasis social*, que orientaba al estudio y profundización de asignaturas relacionadas con la formación en ciencias sociales con prácticas comunitarias extramurales, y *el énfasis bioclínico*, que se centraba en las asignaturas consideradas básicas por su relación con la asistencia técnico–instrumental en la clínica. No obstante, el contexto político frentenacionalista<sup>4</sup> y la persistencia del poder económico y político de las fuerzas monopólicas del capitalismo neoliberal, con escasos desarrollos de lo social y lo colectivo de la salud, impidieron el desarrollo de formas alternativas de formación, de organización–movilización social en la sa-

<sup>4</sup> El desmonte del Frente Nacional culminó en 1974 y le ha tomado al país varias décadas superar sus consecuencias.

lud bucal con la consecuente resistencia al cambio por parte de un sector predominante en las escuelas de odontología del país (8).

Una segunda etapa comenzó con la reforma académica reglamentada por el Acuerdo 14 de 1990 del Consejo Superior Universitario. La Universidad Nacional de Colombia reestructuró sus programas de pregrado, teniendo como base las reflexiones de Basil Bernstein sobre el papel que debía cumplir la universidad en el mundo contemporáneo, ratificando la importancia de articular los contextos instruccionales (docencia), innovativos (investigación) y ético regulativos (extensión) para superar la tradicional secuencialidad con que se habían abordado las tres funciones universitarias (9). Por ello fue necesario superar la simple yuxtaposición de lo gnoseológico, metodológico y epistemológico por su integración creciente en el quehacer universitario (10).

Dentro de este marco de política académica, en 1997 surgió la Línea de Profundización en Salud Familiar y Comunitaria que formaba parte del componente social y flexible del plan de estudios. Desde sus inicios estuvo enfocada hacia el desarrollo y la articulación de las tres tareas misionales de la Universidad. En sus primeros años, se desarrolló dentro del PRIAC; posteriormente, se separó y formuló el *Programa Calidad de Vida y Educación Indígena y Urbano Marginal,* continuando con la tarea desarrollada en los HOBIS y FAMIS. De allí surgió la interacción con otros actores locales como los miembros de las casas vecinales y la Asociación de Mujeres para un Mejor Vivir (ASOMUMEVIR), lo que permitió adelantar diversos proyectos recogidos en los trabajos de grado y las publicaciones de profesores y estudiantes.

Entre estos trabajos hubo uno muy significativo: la organización de las huertas y el comedor comunitario en el Barrio Divino Niño desde un enfoque de Soberanía Alimentaria. Los

propósitos de la línea encarnada en el Grupo, Departamento y en el concepto de *salud colectiva* llegaron a otras regiones como las comunidades indígenas Sikuani, Wayuu, Ticunas e Inzá de los departamentos del Meta, Guajira, Amazonas y Cauca, respectivamente. En este último, se interactuó en proyectos con la Alcaldía Municipal, el Plan de Atención Básica (PAB), la Asociación Campesina y la Red de Escuela Saludable. Mientras en comunidades más cercanas al Distrito Capital, específicamente en el municipio de Soacha, se trabajó con la población en situación de desplazamiento y en Instituciones Educativas, tales como La Despensa (11).

Vale la pena destacar que en cumplimiento del Plan de Desarrollo formulado en 1999, la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, decidió vincularse de manera directa a los procesos sociales y comunitarios de la capital mediante la adopción de una localidad. Así surgió el Programa Interdisciplinario Calidad de Vida de la localidad cuarta de Bogotá (San Cristóbal) y sus áreas circunvecinas, como parte de los Programas Académicos Estratégicos (PRES). Estos buscaban consolidar un proceso de articulación entre la Universidad, la sociedad y el Estado, alrededor de campos o áreas temáticas y programas estratégicos de acción, con base en los principales problemas colombianos. Este fue un proceso académico que permitió integrar la investigación, la docencia y la extensión, así como distintas profesiones y disciplinas; además, logró la interacción del saber y el quehacer tanto de la salud colectiva como de diferentes actores locales.

Si bien en los años noventa en Colombia aún se debatía muy poco sobre la medicina social—salud colectiva, se destacaron referentes de gran importancia para esta corriente de pensamiento social en salud, tales como Guillermo Fergusson, por sus aportes al esquema crítico de la medicina en Colombia y quien, desde su cargo como decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en 1975, propuso el

estudio de la relación entre los problemas de la sociedad y de la salud en Colombia; Alberto Vasco (1987) con su propuesta sobre el concepto de salud en la obra *La estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad*; Saúl Franco, con aportes para la comprensión de los contextos explicativos de la violencia en Colombia. Asimismo, en otros lugares de Latinoamérica se había visibilizado el debate con artífices como Juan César García, María Isabel Rodríguez, Miguel Márquez y Mario Bunge, entre otros, quienes consolidaron el contenido y el movimiento de la medicina social, con referentes y diálogos con académicos como Sergio Arouca, Mario Testa, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda y Jaime Breilh, con quienes se compartía un pensamiento contrahegemónico.

Es así como se desarrollan las bases esenciales de la salud colectiva en la región; en México, se cuestiona el paradigma médico biologista, y se formula:

«La dificultad de generar un nuevo conocimiento que permita la comprensión de los principales problemas de salud que hoy aquejan a los países industrializados [... lo cual conlleva], además de una crisis de la práctica médica, a plantear que la medicina clínica no ofrece una solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad» (12 p1).

En la década de los noventa, Almeida-Filho ya reconocía que la salud colectiva:

«Pese a no llenar las condiciones epistemológicas y pragmáticas para presentarse a sí misma como un nuevo paradigma científico, se consolida como ciencia tímida y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras, mucho más que cualquier otro movimiento equivalente en la esfera de la salud pública mundial» (1 p26).

Estos debates motivaban el importante cuestionamiento de la tradición clínica de la Facultad de Odontología, protagonizado por el Departamento de Salud Colectiva que, en consonancia con Jaime Breilh, desde la determinación social de salud, propone la construcción de una nueva ética para la salud colectiva, afirmando que el desarrollo de este paradigma:

«No solamente se proyecta hacia un cambio de la epidemiología sino que también puede apoyar el replanteo de las bases teóricas e instrumentales en el campo de la salud en su dimensión clínica. [De manera que] elementos como la definición de casos; construcción de protocolos basados en evidencias; diseño de sistemas de evaluación y monitoreo; la construcción de una práctica clínica intercultural y asimilación de terapias integrativas; el avance de programas de promoción y prevención en los servicios, etc., son apenas algunos ejemplos de cómo el nuevo horizonte de visibilidad para la salud que se abre, puede informar desarrollo de la práctica clínica y armonizar su relación con una práctica epidemiológica igualmente renovada» (2 p25).

Mientras esta consolidación de salud colectiva se venía dando en Latinoamérica, específicamente en Brasil, Ecuador, México y Argentina; en Colombia, con mayor fuerza en la Universidad Nacional y en la Universidad de Antioquia, se iniciaba un proceso académico investigativo importante que motivaba el debate entre la salud pública y la salud colectiva.

No obstante, en el mundo anglosajón se erigía la epidemiología social liderada por los investigadores que tenían una formación de base desde la epidemiología clásica y las

ciencias clínicas y básicas como Nancy Krieger (13). Esta investigadora desarrolla su trabajo preocupada por lo social, por esto integra este campo en el mundo biologista como parte de una red de factores de riesgo; lo que hace que este trabajo sea epistemológica, ontológica y praxiológicamente distinto a la noción de la salud colectiva.

El trabajo de Krieger estuvo empeñado en desentrañar la tesis de la epidemiología moderna orientada al multicausalismo, el cual demuestra que la situación de la salud de las poblaciones es explicada por los múltiples vínculos o relaciones causales entre la enfermedad y los factores o causas propias de los individuos y el ambiente. Esta fue una tesis relacionada epistemológicamente con el modelo de la red de relaciones causales, el cual se conoce en la disciplina epidemiológica como la noción de la etiología multifactorial de la enfermedad. Un modelo sin duda incrustado en las técnicas estadísticas de análisis multivariado. cuyo poder yace en su capacidad de identificar las hebras de la red y en predecir qué resultados se dan si se rompen (13). De ahí, los cuestionamientos de la salud colectiva a la escasez de teorías en epidemiología y a la aceptación acrítica del multicausalismo, por parte de los epidemiólogos, hace que existan como un cuerpo teórico hegemónico y parte del modelo de economía capitalista.

Con el ánimo de continuar en la vía de la salud colectiva, el programa en la localidad de San Cristóbal y la Línea de Profundización articularon su trabajo en torno a la calidad de vida e incorporaron la Educación Popular desde una perspectiva Freireana; de esta manera, se convirtieron en el eje articulador del trabajo del Departamento y el Grupo de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Respecto al trabajo en San Cristóbal, cabe mencionar que entendiendo la calidad de vida como una noción ambigua y compleja que revela una visión de sujeto y sociedad, hubo la necesidad de estudiar

y acoger inicialmente los planteamientos de *la economía* descalza de Manfred Max Neef (14) y, posteriormente, los de Amartya Sen desde una perspectiva crítica (15).

Por una parte, de Max-Neef se tomó la comprensión de desarrollo, la cual:

«Se refiere a las personas y no a los objetos y que el mejor desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas. La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan estas de satisfacer sus necesidades humanas fundamentales» (14 p40).

Así como su distinción entre necesidades existenciales: ser, tener, hacer y estar; y axiológicas: permanencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, y sus satisfactores, considerándolas en los contextos intrahumano, interhumano y extrahumano; sin embargo, el contexto extrahumano se reduce y confunde con el medioambiente, lo que simplifica la potencia de esta propuesta.

Por otra parte, Amartya Sen sitúa a *la persona* en el centro de los estudios y análisis, ya que es el sujeto del bienestar. Además, dentro de su corriente de pensamiento se concibe el desarrollo como libertad, una libertad que supera el ejercicio de la autonomía al incluir el desarrollo de las capacidades humanas y no solo la obtención de los bienes económicos y sociales. Por ello, se consideró que Amartya Sen era indispensable para analizar la manera en que esas dotaciones permiten a los individuos llevar una vida como consideran que la deben vivir (agencia); así como examinar las condiciones justas y equitativas para la garantía del pleno ejercicio de los derechos. De Sen se consideró que *las capacidades* no son solo un asunto individual sino que se involucran con lo colectivo (15).

Dadas estas consideraciones de Sen, fue pertinente hacer uso del modelo analítico propuesto por la profesora Bertha Niño del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Colombia, donde se recogen elementos de Sen e incluye tres componentes más relacionados con la calidad de vida: las dotaciones, el ejercicio de los derechos y la acumulación de capital social (16).

Para finalizar este segundo momento, los debates de la salud colectiva entran en diálogo con el planteamiento de la Constitución Política de 1991 sobre el estado social de derecho, aunque al mismo tiempo se adelantan prácticas opuestas bajo lógicas neoliberales. Ese marco sirve de contexto para las reformas estructurales de principios de la década de los noventa, que configuran un obstáculo para los avances y los aportes de la salud colectiva en Latinoamércia, tanto en los servicios, como en las políticas y en la formación del talento humano.

En un tercer momento, entre 2009 y 2012, surge la segunda reforma académica reglamentada por el Acuerdo 33 de 2007 del Consejo Superior Universitario, donde finalmente la Línea de Profundización cambió su nombre por el de Salud Colectiva v se inició la interacción con la comunidad escolar de la Institución Educativa Ciudadela Sucre en el municipio de Soacha. Estos cambios no fueron solo de forma, sino que obedecieron a algunas reflexiones epistemológicas y praxiológicas que se efectuaron sobre la manera de desarrollar el trabajo de dicha línea. A partir de esto, se elaboró de manera participativa el programa llamado Construcción de institución educativa como centro promotor de calidad de vida con enfoque de derechos; el resultado de este programa fue una Institución que se encuentra ubicada en la Comuna IV, en los Altos de Cazucá de Soacha, con una población distribuida en tres sedes: la sede Ciudadela Sucre (1180 niños), la sede La Isla (200 niños) y la sede El Porvenir (1065 niños). De esta experiencia surgen seis subproyectos que contribuyen a la construcción de dicho programa:

- 1. Derechos de los(as) estudiantes de la IE, (en cada una de las sedes), con participación social y comunitaria.
- 2. Desarrollo de Capacidades e Incidencia en la Política Pública por los profesores de la Institución.
- 3. Proyecto de Mejoramiento y renovación de la Infraestructura.
- 4. De la seguridad a la soberanía alimentaria.
- 5. Mejoramiento y conservación del ambiente.
- 6. Promoción de Calidad de Vida en el escenario escolar: un proyecto de vida (11).

Es importante destacar que este programa tuvo un hilo conductor: los derechos humanos, con la estrategia de promoción de calidad de vida, la cual estaba orientada a la inclusión, la articulación y la convergencia de respuestas sociales para el mejoramiento integral de las condiciones de la comunidad educativa en general. En ese concepto de calidad de vida, se incluyeron todas las necesidades humanas sin discriminación, lo cual rompió con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social de esa comunidad. Las acciones en salud colectiva se orientaron hacia el desarrollo continuo del curso y trayectorias de la vida y de las determinaciones sociales que aparecen en todas las condiciones de vida de los distintos contextos, con soporte en alimentación, educación, saneamiento, seguridad social, ciudadanía, participación democrática y desarrollo de las capacidades y potencialidades humanas para la realización de la vida en sus diferentes expresiones y etapas.



**Figura 5.1.** Institución Educativa Distrital Ciudadela Sucre, Soacha, 2010. **Fuente:** obtenida durante el estudio.

Esta estrategia de promoción de calidad de vida fue un esfuerzo colectivo que buscó hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo que el acceso y distribución equitativa de oportunidades y recursos públicos determinan la calidad de las condiciones de vida de la población. Su principal motivación fue la vía de convergencia de distintas problemáticas sociales que se manifiestan al mismo tiempo; esto con el fin de dar una respuesta social que garantice los derechos en beneficio de la calidad de vida. De manera que la promoción de la calidad de vida, más allá de la prevención o la mera asistencia, es una estrategia que rompe con las lógicas tradicionales, las cuales reducen los problemas a sus causas, consecuencias o aspectos negativos, y los tratan de manera fragmentada y aislada de los procesos humanos, sociales e históricos que los producen y conservan. La promoción en cambio, valora todas las dimensiones y variables que actúen como determinantes, dentro de una lógica que tiene como premisa la transformación social (17).

Finalmente, la Línea de Profundización y el Proyecto de Ciudadela Sucre se cierran en 2012, luego de conseguir el diagnóstico colectivo y de haber avanzado en el Proyecto de Mejoramiento de Infraestructura y de Soberanía y Seguridad Alimentaria y lograr ávidamente un largo proceso de aprendizaje que inscribe a la Facultad de Odontología como un claustro académico capaz de concebir y desarrollar la salud colectiva en la praxis.

En la actualidad, los avances de la salud colectiva se ubican entre: a) la aguda transformación económica, ideológica y política de la globalización neoliberal que se abre paso con los programas impulsados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, con el desarrollo de la financiarización, que desplaza a las organizaciones de cooperación técnica del sistema de Naciones Unidas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), debido a las nuevas opciones corporativistas y b) el ejercicio de experiencias de proyecto político de la salud colectiva de carácter local que, como el caso del programa de salud basado en territorios saludables de Bogotá, hacen visible algunos cuestionamientos al *status quo* en salud, con escaso margen de acción colectiva e incidencia política.

## CONCLUSIÓN: APRENDIZAJES Y DESAFÍOS DE ESTA APROXIMACIÓN A LA SALUD COLECTIVA

En definitiva, la discusión en torno a las diferencias y las rupturas ontológicas, epistemológicas, metodológicas y ético políticas de la salud colectiva, enmarcadas en el paradigma hegemónico de la salud pública y que superan la mirada positivista, morbicéntrica y la lógica asistencialista,

ha permitido que la Facultad de Odontología comprenda el proceso salud-enfermedad-atención como la expresión de una realidad más compleja, inscrita en los cuerpos y en las vivencias de las personas y comunidades sometidas a un orden social desigual. Así, como sugiere Didier Fassin sea posible, a través de la salud y la enfermedad, revelar y poner en juego las relaciones de poder (18).

Por tanto, el resultado de esta experiencia institucional hoy permite contribuir a la construcción de un nuevo conocimiento, a partir del diálogo de saberes que hace referencia a los procesos de conocimiento dentro de los diversos universos culturales, sociales e históricos. Todo ello producto de las dificultades en la construcción de un trabajo interdisciplinario producido por lo que Edgar Morin denomina la arbitrariedad de los límites disciplinarios y la descomposición de los objetos globales en el paradigma moderno de la ciencia (19).

Sin duda esta posibilidad de cualificar la formación del odontólogo favorece el desarrollo de la salud colectiva en Colombia y en la región, puesto que la formación se hace más contextualizada, crítica y pertinente socialmente, acudiendo a otros marcos explicativos e interpretativos. Entonces, la salud colectiva en Colombia y en la región se reconoce como un campo de conocimiento, prácticas y respuestas sociales, así como una articulación entre las tareas misionales de la Universidad Nacional de Colombia. Una muestra de lo anterior es la visibilización de varios campos y trayectorias de acción del profesional de la Odontología, como agentes de salud, investigadores, actores sociales comprometidos y propositivos en el campo de las políticas públicas y como profesionales no circunscritos exclusivamente al ámbito clínico tradicional. Sin embargo, por ello cabe reconocer que aún está pendiente revisar la vigente necesidad de superar las dualidades sujeto/sociedad, biológico/social y clínico/colectivo como parte del camino en construcción.

Un primer elemento a concluir sobre la experiencia de construcción de salud colectiva en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia se refiere al insumo fundamental, que fue sin duda un pensamiento y una práctica acordes con las necesidades de salud de la población. Estos parten de la historia, pero también de las potencialidades y las capacidades de las personas quienes, en aras de construir verdaderamente una ciencia, han superado la visión tecnicista de la salud pública tradicional, apelando a una salud colectiva contextualizada, que suele confundirse con salud pública alternativa, cuando es más un desarrollo de la medicina social en Colombia. Lo importante es que se logró fundir teoría y práctica desde la respuesta social y a partir de un diálogo con el mundo de la vida y no con los postulados y acciones cientificistas al servicio del poder y el mercado.

Un segundo elemento a concluir es que la experiencia del Departamento y el Grupo de Salud Colectiva estuvo de la mano del proceso histórico de la salud colectiva y de esto se logró identificar y distinguir las características filosóficas, teórica, metodológicas y prácticas de la enfermología pública; la cual, según Edmundo Granda, está contenida en un presupuesto filosófico-teórico que yace en la enfermedad y la muerte para explicar la salud, además comprende la realidad social desde el positivismo y considera al Estado y al mercado como actores privilegiados (20). Sin embargo, en el caso del Departamento y el Grupo de Salud Colectiva, se asumió como presupuesto filosófico-teórico a la salud y la vida, se utilizaron diferentes hermenéuticas, incluso la de la epidemiología clásica combinada con las emergentes de las ciencias sociales, y como actores fueron involucrados: el individuo, la comunidad, los movimientos sociales que promueven la salud y el Estado, con un espíritu democratizador.

El último elemento se refiere a las intervenciones e investigaciones desarrolladas y también, la experiencia misma al interior de la Universidad y la Facultad. Todas estas se alejaron de la intencionalidad empírico analítica de estudiar la naturaleza y el hombre, viendo a las personas como objetos; por el contrario, para este proceso fue necesario definir y asumir perspectivas críticas, en las que las personas son sujetos v seres vivos autopoiéticos, porque producen sus propias normas y estructuras de autoproducción. De manera que siempre el punto de partida fueron las personas, los sujetos, y de allí se desprenderían los motivos de análisis y abordajes del contexto hilado históricamente. De este modo, se definió la salud colectiva como sinónimo de autonomía, solidaridad, cultura, sociedad, responsabilidad estatal, territorio y fuente de lucha de las clases sociales, y de guienes se vinculan a la salud como un campo de poder y de posibilidad total.

Sin duda, entre los desafíos está pendiente estudiar en profundidad las formas de ejercicio de gobierno y de acción política con capacidad de realizar la acción colectiva para transformar realidades sociales complejas. En el campo de la salud bucal, la corriente de pensamiento de la salud colectiva requiere investigar y llevar a la praxis experiencias familiares y comunitarias que permitan orientar el trabajo de los movimientos sociales, con el fin de formular e implementar políticas públicas basadas en los principios de la salud colectiva.

## **REFERENCIAS**

- 1. Almeida Filho N, Silva Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. méd. soc.* 1999 [citado 11 de noviembre de 2015]; 75:5–30. Disponible en: https://goo.gl/SwHcT5.
- 2. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013 [citado 07 de noviembre de 2015]; 31(Supl 1):S13–S27: 13-14. Disponible en: https://goo.gl/qnPPpY.

- 3. Segovia O, Jordán R. Espacios públicos urbanos, pobreza y construcción social. Santiago de Chile: CEPAL. División de Desarrollo Sostenible y Asentamientos Humanos; 2005 [citado el 11 de octubre de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/gwObNF.
- 4. Oviedo E. Panorama económico y social de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños 2015. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CE-PAL); 2013 [citado 11 de noviembre de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/xAdg5N.
- 5. Mosquera R. Crisis sociales se originan en la pobreza. UN Periódico. 10 de agosto de 2013 [citado 04 de octubre de 2015]; Economía: 169. Disponible en: https://goo.gl/4YmNHI.
- Pineda B. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Univ Odontol*. 2012 [citado 06 de octubre de 2015]; 31(66):97–102. Disponible en: https://goo.gl/4RHwlQ.
- 7. Bourdieu P. Sobre el poder simbólico. En: Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2000 [citado el 19 de octubre de 2015]; p.60–1. Disponible en: https://goo.gl/najxzr.
- 8. Ruiz–Mendoza DC, Morales–Borrero MC. Social determination of the oral health-disease process: a social-historical approach in four Latin American countries. *Invest Educ Enferm.* 2015; 33(2):248–59. http://doi.org/brjh.
- Colombia. Consejo superior de la Universidad Nacional de Colombia. Acuerdo 14 de 1990 (febrero 14): Por el cual se establece la estructuraorganizativa del Instituto Pedagógico Arturo Ramírez Montufar. Bogotá, D.C.: Sistema de Información Normativa, Jurispridencial y de Conceptos "Régimen Legal"—Universidad Nacional de Colombia; 1990. [citado 11 de octubre de 2016]. Disponible en: https://goo.gl/ FSEu31.
- Gómez de Mantilla LT. Seminario nacional sobre extensión universitaria y Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN).
   [2000 [citado 11 de noviembre de 2015]; p. 1-9. Disponible en: https://goo.gl/UzzvbF.
- 11. Asociación Colombiana de Facultades de odontología. Estado actual de la investigación en Colombia. Santa Marta: ACFO. Memoriasxxv, Versión 2014 [citado 07 de octubre de 2015]. Disponible en: https://goo.gl/L4N7F8.
- 12. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuad. méd. soc.* 1982 [citado 11 de noviembre de 2015]; 19(1):1-11. Disponible en: https://goo.gl/diZiWE.

- 13. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001; 30(4):668-77. http://doi.org/btqw38.
- 14. Max-Neef M. Desarrollo a escala humana: conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. 2. a ed. Barcelona: Icaria. 1998 [citado 08 de octubre de 2015]; p. 40. Disponible en: https://goo.gl/e3HdHw.
- 15. Sen AA. Los bienes y la gente. *Comer Exter.* 1983 [citado 11 de noviembre de 2015]; 33(12):1115–23. Disponible en: https://goo.gl/4EwXJa.
- 16. Niño B. Propuesta de investigación social sobre niñez trabajadora. *Cuadernos de investigación en trabajo social.* Bogotá: UniversidadNacionaldeColombia;2007 [citado08deoctubrede2015]. Disponible en: https://goo.gl/f68r84.
- 17. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev salud pública.* 2013 [citado 11 de noviembre de 2015]; 15(6): 797–808. Disponible en: https://goo.gl/WGpKIh.
- 18. Fassin D. Humanitarian reason. A moral history of the present. Berkeley: University of California Press. 2012; p. 352.
- 19. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París: Unesco; 1999.
- 20. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Rev Cub Salud Pública*. 2004 [citado 06 de octubre de 2015]; 30(2). Disponible en: https://goo.gl/liWFSh.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL DEBATE Y LA ACCIÓN COLECTIVA

El contraste entre las dimensiones epistemológica, metodológica y praxiológica de las experiencias de formación de pre y posgrado en salud colectiva en Colombia, a la luz de la propuesta y los avances de la UAM de México, permite ratificar que no se está hablando de lo mismo con la salud pública.

Esta publicación destaca la pertinencia social y la importancia de persistir en el desarrollo de las propuestas orientadas a formar trabajadores de la salud capaces de innovar y llevar adelante mejoras y transformaciones en las condiciones de vida de los pobladores. Las diferencias entre estas corrientes de pensamiento en salud se explican por el contexto de las reformas a la salud y la educación en el país y el marco institucional y político en que se desarrollan.

La base estructural de las reformas del sistema general de seguridad social y de salud y de la educación superior en Colombia impide el avance de propuestas contrahegemónicas en salud, más no su desarrollo. Las realidades sociosanitarias en Colombia y en la región requieren del reconocimiento de la crisis de la salud pública, del fortalecimiento de la

presencia de la salud colectiva para orientar las perspectivas críticas, decoloniales y las propuestas que buscan cuestionar el *status quo*, para así plantear un diálogo que favorezca la ubicación de la postura contrahegemónica en la agenda política, y actuar en consecuencia.

El marco institucional de las universidades, donde se han propuesto las experiencias de formación en salud colectiva de los trabajadores de la salud en Colombia, si bien ha dado espacio para su desarrollo coyuntural, también ha mantenido una tensión constante en contra de la fuerza de la contrahegemonía, la cual incide sobre la trayectoria nacional de esta corriente.

Con cerca de cinco décadas de formación en salud colectiva, esta corriente de pensamiento ha acertado con la consolidación de una acción política educativa y de gestión en los servicios y programas de salud, que no constituye una alternativa excluyente, sino una parte de la dinámica del poder en las instituciones de formación, en las instituciones de atención en salud, en los territorios y las comunidades. La confluencia de enfoques, categorías y prácticas entre estas disputas ha permitido alcanzar objetivos, movilizar el poder con nuevos recursos y energías sociales mediante formas de organización que, como Alames y la Red Colombiana de salud colectiva, producen y reproducen el sentido de la propuesta y los mecanismos de confrontación que se han desarrollado frente a la hegemonía en salud.

La acción colectiva derivada de estas experiencias requiere de nuevas capacidades analíticas y debates sobre el alcance de la salud colectiva para la realidad del país, así como para el ejercicio de prácticas situadas en contextos conflictivos para superar los obstáculos y vacíos existentes, hacer una praxis política más contundente frente a la salud pública hegemónica.

El poder social en la educación superior y en la salud se pueden fortalecer con una praxis política que materialice nuevos proyectos civilizatorios y territorialice los trabajos sobre equidad en Colombia y en la región. Este es un gran desafío para la salud colectiva en el país.

18

CUADERNOS DEL DOCTORADO

Salud colectiva y salud pública ¿Se esta hablando de lo mismo?

se terminó de imprimir en Bogotá D.C., Colombia en enero de 2017. Esta primera edición consta de 250 ejemplares en bond beige de 90 gramos, se compuso en tipo Óptima y fue impreso en Ochoa Impresores Ltda.

para la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.



DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA Sede Bogotá