

# Panorama de la investigación sobre salud pública en Colombia: primeras aproximaciones

## The state of public health research in Colombia: first approaches

John H. Estrada M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Profesor Asociado Doctorado Interfacultades en Salud Pública y Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: estradamontoya@hotmail.com

### Orígenes y estructuración del campo disciplinar

El primer esbozo de lo que luego conoceremos como salud pública lo encontramos en las motivaciones y reivindicaciones de los movimientos revolucionarios europeos de 1848 en Francia y Alemania, más concretamente en los escritos de Jules Guerin y de Rudolf Virchow, este último considerado el padre de la medicina social, quien llegó a la conclusión de que las epidemias tenían causas sociales y económicas y por tanto su tratamiento se basaba en la prosperidad económica, la educación y la libertad. Dadas las condiciones políticas imperantes en estos años y debido al silenciamiento de que fue objeto el movimiento, los postulados de Virchow cayeron en el olvido y solo fueron retomados casi al finalizar el siglo xx, cuando la medicina social alcanzó estatuto de legitimidad entre los académicos y estudiosos del tema. Pero en este lapso, otros conceptos amparados bajo otros nombres e investidos de diferentes ropajes conceptuales, vieron la luz y se posicionaron en los discursos y prácticas de los estudiosos de los temas de las ciencias sociales en salud [1].

John D. Rockefeller (1839-1937) hacia finales del siglo xix y principios del xx creó el mayor emporio petrolero del mundo y posteriormente, para asegurar la salud de sus empleados a lo largo y ancho del mundo, constituyó en 1901 el Instituto Rockefeller para la investigación médica y en 1910 la fundación Rockefeller, cuyas investigaciones y programas de erradicación de enfermedades tropicales les permitieron participar en la organización de los servicios nacentes de salud pública en los países latinoamericanos donde tenían negocios los norteamericanos. Durante estos años, tres enfermedades: la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, captaron la atención de la fundación como foco de sus acciones erradicatorias y permitieron que la fundación

actuara como catalizadora de lo que Emilio Quevedo ha llamado “*el tránsito desde la higiene hacia la Salud Pública en América Latina*” [2].

Igualmente, en la década de los 20, la fundación Rockefeller decidió apoyar la creación de un Instituto-Escuela de Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins bajo la dirección del Dr. William Welch y asesorado por el Dr. Abraham Flexner, gestor de la reforma de la educación médica en Norteamérica. Dicha escuela contribuyó a la naturalización del discurso de la salud pública en el continente americano así como a la introducción y fortalecimiento de modelos orientados por enfoques empírico-analíticos o de corte positivista, razón por la cual el nuevo modelo de salud pública nació ligado a la perspectiva biomédica y reemplazó los modelos de higiene francesa, inglesa y norteamericana vigentes hasta ese momento [3].

George Rosen y Henry Sygerist contribuirán en la década de los 40 a la definición y conformación del marco conceptual de la salud pública, toda vez que, en palabras de Sygerist, las cuatro tareas de la medicina debían ser: 1) promoción de la salud, 2) prevención de la enfermedad, 3) restablecimiento de los enfermos, y 4) rehabilitación.

Hacia finales de la década y coincidiendo con las profundas transformaciones de la posguerra y sus planes de recuperación económica y social, se produce la conformación de dos organismos internacionales que liderarán durante años las discusiones en torno a la salud pública: la Organización mundial de la Salud (oms) y la Organización Panamericana de la Salud (ops).

La investigación de los años 20, 30 y 40, en particular en los países latinoamericanos, estuvo marcada por las reflexiones en torno al crecimiento hospitalario, la atención médica y la ya mencionada medicina tropical, utilizada como herramienta del neocolonialismo expansionista, toda vez que las enfermedades tropicales afectaban los intereses económicos del naciente imperio neocolonial norteamericano en América Latina [4, 5].

## Hegemonía de los positivismo sociológico y biológico

En la década de los 50, se produjo una convergencia de las ciencias sociales y las de la salud, situación que introdujo formalmente los discursos de la antropología y la sociología a las escuelas de formación de profesionales en salud, en cátedras como “*antropología médica*” y “*sociología de la salud*”, que determinaron un dominio hegemónico del positivismo sociológico en los currículos de las distintas facultades. Como consecuencia de esta convergencia, en 1952 y 1953 se realizaron conferencias regionales y mundiales de educación médica en Estados Unidos, Francia, Inglaterra y Suecia, de donde salieron los lineamientos y directrices para las reformas curriculares de la gran mayoría de programas de formación en salud del mundo y en particular de América Latina. Uno de los cambios más visibles y concretos de estas reformas fue la sustitución de los departamentos de “*Higiene*” por los de “*Medicina Preventiva*”, más acordes con los desarrollos teórico-conceptuales de los estudiosos de entonces. La investigación en estos años continuó con los avances obtenidos en medicina tropical y añadió el interés por las llamadas medicinas tradicionales, en un afán por caracterizar los saberes de los diferentes grupos étnicos, comunidades o sectores populares, con las herramientas de investigación derivadas de la antropología [6].

La década de los 60, enmarcada por la Revolución Cubana al principio y el Mayo Francés al final, fue testigo del cambio de orientación en la enseñanza y producción académica del área social en salud y en particular de la salud pública, toda vez que se produjeron desarrollos teóricos en la epidemiología clásica que condujeron a un posicionamiento hegemónico del modelo biomédico, gracias a la difusión y aceptación casi universal de los postulados de causalidad de Mc Mahon, los de historia natural de la enfermedad, niveles de prevención y tríada ecológica de Leavell y Clarck, y los criterios de causalidad de Hill [7, 8].

El final de la década estuvo matizado por el desarrollo e implementación de la metodología de planeación elaborada por el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) con el apoyo técnico y financiero de la OPS, metodología que pretendió aplicar las nociones y principios de la economía en el manejo de insumos relacionados con los problemas de salud, con el fin de racionalizar el uso de los pocos recursos para la atención en salud con que contaban las naciones latinoamericanas. De la medicina preventiva, se pasó al concepto de salud comunitaria, la cual en la mayoría de los países de Latinoamérica fue mal asumida, parcialmente implementada y fuertemente ideologizada en detrimento de las potencialidades y bondades que nadie, incluso hoy, deja de reconocerle. Las tenden-

cias en investigación estuvieron orientadas a la formación del recurso humano en salud, a la salud como factor de desarrollo social y a la extensión y ampliación de la cobertura de los servicios de salud [9].

## Emergencia de posturas alternativas frente al proceso salud-enfermedad

La década de los 70 estará marcada por las repercusiones de los debates entre el funcionalismo positivista y el estructuralismo, donde se inscriben hitos como el clásico texto de la investigación de Juan César García *Educación Médica en América Latina*, la publicación en 1974 del informe del ministro de salud de Canadá (conocido posteriormente como el informe Lalonde), los primeros trabajos de Asa Cristina Laurell en México sobre salud de los trabajadores y los de Jaime Breilh y Edmundo Granda en Ecuador sobre las contradicciones del proceso de producción y la construcción de la categoría “*reproducción social*” como catalizadora del perfil epidemiológico de clase [10-13].

Se destacan también en esta década, la asamblea mundial de la salud de 1977 y la declaración de Alma Ata (antigua Unión Soviética) de 1978, donde se ratifica la salud como derecho y se adopta la atención primaria en salud como estrategia para alcanzarla. Se asiste con todo esto a la legitimación del discurso de la medicina social y a su diferenciación de la medicina preventiva, de la salud comunitaria y de la salud pública. La investigación de esta década estuvo marcada por el intento de establecer y caracterizar las condiciones bajo las cuales se desarrolla, produce y difunde el proceso salud/enfermedad [14].

## Expansión y diversificación temática

La década de los 80, con la crisis de la deuda externa agobiando a la mayoría de naciones de América Latina, fue testigo en dos de nuestros países del surgimiento y posterior desarrollo de dos tendencias que se fortalecieron y permitieron la ampliación del campo de discusión de la salud pública; me refiero en primer lugar a la definición y desarrollo conceptual de lo que se conoce como salud colectiva en Brasil por J.S. Paim y, en segundo lugar, al desarrollo de la epidemiología crítica en Ecuador por Jaime Breilh y Edmundo Granda desde el Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) de Cuenca [15, 16].

La OPS por su parte, creó y difundió la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y, en Canadá, en la reunión de ministros de salud de 1986, se suscribió la Carta de Ottawa por delegados de treinta y ocho países, quienes coordinaron sus esfuerzos para apuntar a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Los conceptos derivados de la conferencia, “*Promoción de la*

*Salud*” y “*Ciudades Saludables*” señalaron el avance hacia un nuevo concepto de salud pública y se posicionaron sobre todo en Europa y Norteamérica como estrategias para mejorar el nivel de vida de los ciudadanos y ciudadanas. Sin embargo, fue hacia el final del periodo, con el derrumbamiento del socialismo real, cuando se produjo el mayor de los cambios estructurales, el cual permitió el desbordamiento de los modelos de libre mercado (conocido como neoliberalismo) y maximización de ganancia en un mundo cada vez más globalizado-mundializado y sin el equilibrio que la conformación bipolar resultante de la segunda posguerra le confería hasta entonces. La investigación de esta década estuvo marcada por el interés hacia las políticas públicas y el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud [17].

## Recomposición ideológica y temática

La década de los 90 con su avalancha de reformas de los sistemas nacionales de salud, con el pretexto de la disminución del tamaño del Estado, de la optimización de recursos y el desmonte del concepto de bienestar, se denomina, en palabras del historiador Mario Hernández, como la década de la recomposición ideológica y temática; se caracteriza por la reflexión e intento de construcción de un marco teórico o conceptual para enmarcar las prácticas de salud de un lado y las reflexiones y profundas críticas sobre la teoría y práctica de la salud pública por el otro [18]. De estas reflexiones iniciales se pueden perfilar las tendencias en investigación en salud pública en América Latina en ocho grandes áreas, de una manera global, por ende con desarrollos y producción desiguales [19-22]: 1) Reformas a los sistemas de seguridad social y sus implicaciones en las condiciones de salud de la población; 2) Violencia, salud y paz; 3) Salud y trabajo: o salud de los trabajadores, de los no trabajadores, trabajadores informales o personas-que-viven-del-trabajo; 4) El proceso salud/enfermedad desde la perspectiva de género: salud de las mujeres y poblaciones genéricamente diversas; 5) Reflexiones en torno al quehacer teórico y/o metodológico de la salud pública y la epidemiología; 6) Equidad-inequidad en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de salud-enfermedad de las poblaciones; 7) Aportes y diálogos de (desde) las ciencias sociales a la investigación en salud pública; 8) Determinantes versus determinación social de la salud-enfermedad.

## Conclusiones

Como se aprecia en las categorías presentadas, en Colombia se reproducen parcialmente las tendencias de investigación latinoamericanas, en particular en lo tocante a seguridad social, violencia, salud y trabajo y en menor

medida en las reflexiones sobre el objeto de estudio de la salud pública. Se destacan otros temas más particulares, la presencia cada vez mayor de estudios sobre equidad y, de manera explícita, de trabajos con o desde la perspectiva de género, tópico que se ha venido posicionando en los discursos de los profesionales de las ciencias sociales y de salud desde los cursos, investigaciones y publicaciones de las escuelas o institutos de estudios en género que poseen varias universidades y que está en mora de ocupar mayor espacio en las páginas de las revistas especializadas; asimismo, desde la publicación del informe final de la comisión sobre los determinantes de la salud, ha sido evidente la aparición de publicaciones en este sentido y de un debate que desde América Latina propone hablar de determinación como proceso y no de determinantes.

Al realizar una mirada comparativa al grado de desarrollo de la producción y publicación en salud pública de nuestro país, se hace evidente que no estamos al nivel, ni alcanzamos la visibilidad internacional de países como México, Brasil, Cuba o Ecuador, pero que la labor investigativa de las maestrías y los dos doctorados del país, así como la de los estudiosos de la salud pública, hace presencia en los congresos o en las páginas de memorias o revistas especializadas, con esfuerzos ingentes por alcanzar la visibilidad y el reconocimiento, tan necesarios en épocas donde el conocimiento circula y se desactualiza vertiginosamente, en un mundo donde predomina la cultura de la imagen, de lo simultáneo y de lo inmediato; en fin, en un mundo donde, parafraseando a Carlos Marx, “Todo lo sólido se desvanece en el aire” [23].

## Referencias

- 1 Estrada JH. Contexto político y económico del surgimiento de la salud pública moderna en el periodo 1872-1914. *Universitas Odontológica* 2010; 29 (63).
- 2 Quevedo E. Historia de la Salud Pública. El tránsito desde la higiene hacia la Salud Pública. En: Curso internacional itinerante. La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias. Volumen I. Universidad Nacional de Colombia (sede Medellín). Universidad de Antioquia. Medellín 2000.
- 3 Quevedo E, Hernández M, Miranda N, Mariño C, Cárdenas H, Wiesner C. La salud en Colombia. Análisis socio-histórico. En: La salud en Colombia. Yepes FJ. Editorial Presencia. 1990.
- 4 Duarte E. Tendencias y perspectivas de las investigaciones en ciencias sociales en salud en América Latina: una visión general. En: Duarte E. Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). CIESU 1986.
- 5 Duarte E. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: Franco S, Duarte E, Breilh J, Granda E, Yépez J, Costales P, Laurell C. Debates en Medicina Social. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) Quito, 1991.
- 6 Apezechea H. Problemas metodológicos de la investigación en ciencias de la salud. En: Duarte E. Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas. Organización Pa-

- americana de la Salud (ops). Organización Mundial de la Salud (OMS). CIESU 1986.
- 7 Rothman K. *Modern epidemiology*. 2ª ed. Lippincott-Raven 1998.
  - 8 Susser M. *Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las ciencias de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica; 1991.
  - 9 CENDES/OPS. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Washington: publicación científica 1965; 111.
  - 10 García JC. *Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*. En: *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: McGraw Hill; 1994.
  - 11 Laurell A. *Salud y trabajo: Los enfoques teóricos*. En: Duarte E. *Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud (ops). Organización Mundial de la Salud (OMS). CIESU 1986.
  - 12 Breilh J, Granda E. *Los nuevos rumbos de la epidemiología*. En: Duarte E. *Ciencias sociales y salud en la América Latina. Tendencias y perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud (ops). Organización Mundial de la Salud (OMS). CIESU 1986.
  - 13 Granda E. *Formación de salubristas: algunas reflexiones*. En: *Curso internacional itinerante. La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias. Volumen II*. Universidad Nacional de Colombia (sede Medellín). Universidad de Antioquia. Medellín, 2000.
  - 14 Quevedo E. *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas*. En: *Sociedad y salud*. Zeus asesores; 1992.
  - 15 Almeida N, Silva J. *La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos médico sociales 1999; 75 (5-30).
  - 16 Breilh J. *Epidemiology's role in the creation of a human world: convergences and divergences among the schools*. *Soc Sci Med* 1995; 41 (7): 911-914.
  - 17 Rojas F, Márquez M. ALAMES, en la memoria. Editorial Caminos. La Habana, Cuba 2009.
  - 18 Estrada JH. *Una cuestión poco cono-sida: Evaluación Crítica del Proyecto Piloto de Educación para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía - Hacia la Formación de una Política Pública - (2006-2008)*. Bogotá: Colciencias: Universidad Nacional de Colombia, 2009.
  - 19 Ardila AM, Borrero YE, Cáceres FM, Escobar DN, Estrada JH, Henao NL, *et al*. *Teoría Crítica da la Sociedad y la Salud Pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades en Salud Pública; Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública, 2011:242.
  - 20 Estrada JH. *La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable*. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 2009;8 (17):106-122.
  - 21 López O, Escudero J, Carmona LD. *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, ALAMES. *Medicina Social* 2008, 3; 4: 323-335.
  - 22 Navarro V. *What we mean by social determinants of health*. *International Journal of Health Services* 2009; 39 (3): 423- 441.
  - 23 Berman M. *Todo lo sólido se desvanece en el aire. La experiencia de la modernidad*. Siglo XXI editores. 5ª edición; 1991.