

**Revista Facultad Nacional  
de Salud Pública**

**Vol. 37, Núm. 1**  
**enero - abril 2019**

Revista Facultad Nacional de Salud Pública  
Vol. 37, Núm. 1 enero - abril de 2019  
ISSN 0120-386X - ISSN-e 2256-3334

*Editada por*  
Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”  
Universidad de Antioquia

*Rector*  
John Jairo Arboleda Céspedes

*Decano*  
José Pablo Escobar Vasco

*Director/Editor*  
Doracelly Hincapié Palacio

*Editora Asistente*  
Lina Marcela Patiño Olarte

*Auxiliar Administrativo*  
Flor Enid Taparcúa Cardona

*Comité Editorial-Científico*  
Jesús Ernesto Ochoa (Colombia-Universidad de Antioquia)  
José William Martínez (Colombia-Universidad Tecnológica de  
Pereira)  
Maria del Consuelo Chápela (México -Universidad Autónoma  
Metropolitana Xochimilco)  
Carolina Martínez Salgado (México-Universidad Autónoma  
Metropolitana Xochimilco)  
Marcela Agudelo Botero (México-Universidad Nacional  
Autónoma de México)  
Sandro Galea (E.U.A-Boston University)

*Periodicidad:* Tres números al año

*Traducción:* Escuela de Idiomas - Universidad de Antioquia

*Corrección de texto*  
Juan Fernando Saldarriaga Restrepo

*Diagramación*  
Lina Marcela Patiño Olarte

*Portada*  
Sin título  
Autor: Desconocido  
Fuente: Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor  
Abad Gómez

*Correo electrónico:*  
revistasaludpublica@udea.edu.co

*Página web:*  
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp>

*Facebook:* RevistaFNSP  
*Twitter:* @RevFacNacSaludPub

*Indizada en:*  
SciELO, Redalyc, Lilacs, Repidisca, Periódica, Sibra, Latindex,  
DOAJ, EBSCO, IMBIOMED, ProQuest, SciELO Citation Index,  
GALE-Académico

La Revista se encuentra clasificada en la categoría C del nuevo  
modelo de Publindex - 2017.

Los autores son responsables del contenido de cada uno de los  
artículos.

**Reproducción e Impresos:** se autoriza la impresión de artículos  
y textos de la Revista en formato pdf para fines académicos o  
uso interno de las instituciones, citando como se sugiere en cada  
artículo.

## Editorial

La *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* propone de nuevo una “invitación a conversar” [1] sobre la salud pública y sus trabajadores, a propósito del lanzamiento, en Colombia, del Día del Salubrista, el 25 de agosto de 2018.

En este número se incluyen las reflexiones de Jaime Breilh, Álvaro Franco, Gabriel Jaime Otálvaro y Álvaro Casas a partir de las conferencias presentadas ese día en el auditorio de la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la Universidad de Antioquia.

Esperamos que el texto “¿Qué es la salud pública?”, de Héctor Abad Gómez [2], incluido acá en este número como prólogo promueva nuevas conversaciones.

Está vigente su análisis de los principales problemas de salud de los colombianos y su sabiduría al sugerir cómo debería ser la labor de los “trabajadores de la salud pública”. En su análisis de la gravedad de los problemas de salud, de las desgarradoras escenas de la precaria atención en salud, pero también del reconocimiento de los logros, se preguntaba qué podemos hacer. Decía: lo máximo que se puede pedir a los trabajadores de la salud pública es mantener “un esfuerzo constante, permanente, sostenido, incansable, por mejorar la condición de salud de sus compatriotas” [2, p. 103] y proponía “percibir, atender, tratar de evitar, denunciar, todas estas consecuencias de nuestra mala estructura social, que nos toca a los salubristas” [2, p. 105]. Añadía que es necesario afianzar la esperanza en la capacidad local, ser “cada vez más eficientes, más técnicos, más científicos y también más humanistas” [2, p. 101]. Valorar y reconocer las experiencias pasadas, pensar con cabeza propia, trabajar con todos, modificar las propuestas según las condiciones particulares, abandonar la arrogancia propia del poder.

Sus palabras iluminan el camino de los “trabajadores de la salud pública”: a los salubristas con formación especializada, pero también a promotores de salud, vacunadores, técnicos de saneamiento, administradores de salud, gerentes de sistemas de información de salud, médicos, enfermeras, bacteriólogos, odontólogos, veterinarios, fisioterapeutas, periodistas, economistas, sociólogos, abogados, políticos, ciudadanos... nos incluye a todos.

Esperamos que esta *Revista* y los artículos publicados en este número permitan conversar sobre la salud pública y sus trabajadores, partiendo del interés bondadoso de conocer la perspectiva del otro y las miradas diferentes.

Doracelly Hincapié-Palacio  
Directora  
doracelly.hincapie@udea.edu.co

## Referencias

1. Hincapié Palacio D, Ochoa Acosta J, Patiño Olarte L. Una invitación a conversar. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 ene. 21]; 36(1):3. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a01>.
2. Abad Gómez H. ¿Qué es la salud pública? En: *Fundamentos éticos de la Salud Pública: selección de textos*. Medellín: Universidad de Antioquia, Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez; 2012. pp. 99-110.

DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a01



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

## Prefacio

### ¿Qué es la Salud Pública?

No me concentraré, exclusivamente, en el pasado y en el presente, sino que trataré de hacer alguna excursión hacia el futuro, por ser este, obviamente, el más importante para la población colombiana. Las predicciones que vaya a hacer, o mejor, los deseos que exprese, en forma que un autor llamaba “utopía realizable”, pueden ser fácilmente confrontados con lo que vendrá y hallados demasiado tímidos o demasiado ambiciosos. Adoptaré la línea media, la línea del mesoísmo filosófico, a la que he llegado al fin un poco desengañado de los extremos de exagerado optimismo y exageradas ilusiones, que escogí y seguí, cuando era joven.

¿Qué buscamos los trabajadores en la salud pública? Obviamente, una población sana. ¿Es eso posible en Colombia, en la Colombia actual o en la Colombia futura? La respuesta a esta pregunta fundamental no puede ser ni sí ni no. La única respuesta a esta pregunta, de un salubrista que se respete es la siguiente: tiene que ser posible. Nuestra misión y nuestra tarea es hacer que esto sea posible. Veamos, primero, los obstáculos que tenemos para que la salud de todo el pueblo colombiano sea una realidad y no solo una aspiración. El mayor de todos los obstáculos no es, como pudiera creerse en un análisis superficial, nuestra pobreza. El más formidable de todos los obstáculos es, naturalmente, la inadecuada distribución de nuestra relativa riqueza. No somos, es cierto, el país más rico del mundo. Pero tampoco somos el más pobre. En la escala de mayor a menor riqueza, estamos en medio. Y hay otros países, más pobres que nosotros, o menos ricos que nosotros —como quiera decirse— que tienen una mejor distribución de sus riquezas, entre las cuales, sin duda alguna, es la mayor la de la salud humana. La salud en Colombia como tantas otras cosas, está muy mal distribuida. Y a una mejor distribución de la salud, deben estar encaminadas, primordialmente, nuestras acciones presentes y futuras. Aquí, el principal problema es, como siempre, el de cómo. ¿Cómo podremos hacer para que haya menos enfermedad, es decir, más salud para todo el pueblo colombiano? ¿Las tareas que hemos emprendido en el pasado y que estamos emprendiendo ahora han sido, son y serán suficientes? Es evidente que no. ¿Por qué? Por la estructura misma de la sociedad colombiana. No es que no sepamos lo que se debe hacer. Es que dentro de la actual organización social del país es imposible que la salud alcance a todos. ¿Debemos entonces los salubristas dedicarnos a que cambie la organización social para poder así cumplir, verdaderamente, nuestra misión? Es obvio que eso sería una vana ilusión. Debemos trabajar dentro del sistema, mientras este subsista con todas nuestras fuerzas. Debemos ser cada vez más eficientes, más técnicos, más científicos y también más humanistas. No debemos perder la esperanza de alcanzar alguna vez nuestro ideal de salud para todos. Aunque sepamos que no seremos capaces de alcanzarlo, dentro de las actuales estructuras.

No nos estamos engañando. No nos estamos haciendo falsas ilusiones. Pero seguimos y seguiremos trabajando para que la salud se reparta mejor, para que no haya despilfarro, ni incompetencia, ni desánimo en nuestras filas. Esto de lo que estoy viendo hacer, con gran complacencia de la actual organización sanitaria del país.

Para la estructura sanitaria, como para tantas otras estructuras, no existe una, sino varias Colombias. Está la pequeña capa de la población que goza de todos los privilegios y ventajas del actual sistema económico-social que reciben atención médica y sanitaria bastante buena, comparable con la que se recibe en los países avanzados del mundo. Esa clase puede pagar médicos, especialistas, exámenes de laboratorio, clínicas privadas, atención especial de enfermería etc., etc.

Los siguen los afiliados a las distintas cajas de prevención social y de los seguros sociales, lo mismo que las fuerzas armadas, los empleados industriales y oficiales, los afiliados a compañías de seguros particulares, etc. Estos reciben atención, probablemente no tan buena como la descrita en el párrafo anterior, pero sí una atención científicamente adecuada. A estos lo siguen los afortunados que pueden recibir porque alcanzan el difícil cupo, atención del más alto nivel científico, en los hospitales universitarios vinculados a las distintas escuelas de medicina existentes en el país. Estos servicios de buena calidad, alcanzan sólo, si mucho, de 16 a 20% de la población colombiana. ¿Qué pasa con

el 80% restante? Ustedes lo saben mejor que yo. Son atendidos en pequeños hospitales municipales, sin suficiente personal o equipo, laboratorios, sin rayos X o esperan en los barrios marginados de las grandes ciudades a que lleguen los turnos de los hospitales universitarios —que casi nunca llegan a tiempo— por recargados, hacinados y siempre en déficit económico y de espacio. Y por lo menos la mitad de la población colombiana los que viven en las áreas rurales, apenas alcanzan a salir del centro de salud, precariamente equipados, cuando la enfermedad es muy grave o muy urgente. Pero la mayoría de las veces, simplemente, a reclamar el certificado de defunción para el niño desnutrido, gastroentérico, parasitado, infectado, anémico y palúdico, típico de nuestras zonas rurales, que no alcanzó a llegar a tiempo —o llegó ya demasiado tarde— al servicio médico más cercano. Esta es la realidad del país, que no debemos ni podemos esconder y que no es culpa de nosotros, los salubristas colombianos, que desde hace mucho tiempo —desde los pioneros higienistas Medina y Bejarano— estamos clamando en el desierto por una mejor atención para las clases marginadas y pobres, con muy relativo éxito a través de la historia.

Debemos reconocer y admirar los esfuerzos y realizaciones de los que nos antecedieron en esta lucha, los numerosos y anegados médicos rurales, auxiliares de enfermería, ayudantes, inspectores de sanidad, ingenieros sanitarios, veterinarios de salud pública, odontólogos, etc., etc., encabezados y guiados por muchos años por el entusiasmo ardiente de un Medina, de un Orozco, de un Bejarano, de un Rengifo, de un Parra. Pero ante la magnitud de los problemas y ante la extensión y profundidad de ellos, solo pudieron hacer el máximo que se le puede pedir a todo trabajador de salud pública: un esfuerzo constante, permanente, sostenido, incansable, por mejorar la condición de salud de sus compatriotas. Las campañas contra la chicha, contra la malaria, contra la viruela, contra la difteria y la tos ferina, contra el coto, contra la tuberculosis, contra la parálisis infantil han sido campañas, en general exitosas. Hay más y mejores acueductos para la población colombiana. La tifoidea no es tan prevalente como solía ser. De la misma manera la tos ferina, la difteria, la viruela, la lepra, el paludismo, tal vez la tuberculosis, no son tan prevalentes como hace diez o veinte años. Pero las gastroenteritis, las amibiasis, las parasitosis, el hambre y aun otras que creíamos casi vencidas como el paludismo y —sobre todo— la falta de atención adecuada para muchas enfermedades graves especialmente quirúrgicas, para los resultados de esta plaga moderna de accidentes de toda clase, principalmente de transporte y para la creciente violencia de toda índole, en ciudades y campos. Para todas estas condiciones de enfermedades, de lesiones, de afecciones, no hay suficientes medios, ni personal, ni elementos, para prevenirlos cuando ello es posible, o para atender sus consecuencias, cuando estas inevitablemente se presentan. Si alguien quiere ver lo que nos falta todavía en atención adecuada para nuestra población, no es sino que visite la policlínica municipal de Medellín, por ejemplo, o la sección de urgencias del hospital infantil de la misma ciudad. O que vaya al centro de salud de Villa del Socorro, un barrio marginado de la capital antioqueña, para que vea las filas de padres y madres desde antes de las doce de la noche, esperando turno para la atención de sus niños enfermos, por los pocos pediatras que se pueden conseguir en dicho centro, a la mañana siguiente el cuadro no es, por cierto un cuadro rosa. Nuestras necesidades en materia de salud siguen siendo inmensas.

Hay niños en las escuelas urbanas y rurales con defectos en la vista, en el oído, en la piel, en casi todos sus aparatos y sistemas, que requieren de urgencia, mejor atención médica, y que al no tenerla fallan en sus estudios, en su aplicación, en su aprovechamiento escolar. Y qué decir de los factores psicológicos, emocionales, de salud mental que están arrastrando a tanto joven de las ciudades y de los campos a las drogas, al crimen, al alcoholismo y a toda clase de conductas antisociales. Esto, se repite, no es solo consecuencia de mala salud, sino de muchísimos otros factores económico-sociales tales como la mala distribución de la tierra, del trabajo, de la educación, de los ingresos, del empleo, etc., etc.

Fenómenos estructurales de enorme complejidad para intentar siquiera analizarlos aquí, aun superficialmente. Pero todas estas consecuencias de nuestra mala estructura social, que nos toca a los salubristas percibir, atender, tratar de evitar, denunciar, son apenas una parte del problema, de la tragedia, de la desesperanza, de la injusticia que nuestra organización social, económica y política produce cotidianamente en la mayoría de la población colombiana. No se extrañen pues, los políticos, de que la población no vote por ellos en la proporción en que ellos quisieran verla votar. Y esto solo con anotación al margen, si es que alguno de ellos nos escucha y nos lee.

Ante esa triste realidad, ¿qué hacer? Esta famosa pregunta de Vladimir Ilich Lenin, ¿cómo se pudiera contestar en Colombia? La respuesta mejor, creo yo, es lo que hemos venido haciendo algunos salubristas colombianos desde hace tiempos. Presentando estos problemas descarnadamente al estudiante universitario y a todo el que nos quiera oír. Hace quince años, el actual viceministro de salud era mi alumno. Nada de lo que he dicho ahora es nuevo para él. Son las mismas cosas que he venido diciendo, mostrando y predicando desde que dejé la Oficina Sanitaria Panamericana, con sede en México, para venir a luchar en Colombia por la salud de los colombianos. Por lo que estoy diciendo ahora, que es lo mismo que he venido diciendo desde hace veinticinco años desde que salí de la Facultad de Medicina, he sido acusado de comunista, de subversivo, de peligroso para la estabilidad social del país, de enemigo de mis paisanos oligarcas antioqueños, de los banqueros, de los terratenientes y de los industriales. No he solicitado ni he concedido

cuartel en esta dura lucha. La sigo y la seguiré, en los terrenos en donde las circunstancias de la vida me vayan colocando. Con Guillermo Restrepo fundamos la Escuela de Salud Pública de Antioquia paralelamente con Rodrigo Solórzano, en su cátedra de pediatría social, más perseguida y vilipendiada aún que la mía de medicina preventiva y salud pública, por las gordas vacas sagradas de la oligarquía económica de nuestro departamento.

Estos tres antioqueños atípicos, nada respetuosos del poder del dinero, locuaz, dicharachero y aventado el viejo que ahora les habla a ustedes; serio, calmado, trabajador, persistente pertinaz, obstinado, duro, paciente, sagaz, callado; el viceministro; fuerte, impulsivo, tenaz, terco, valiente; el pediatra social, estos tres caracteres tan disímiles, tan individualistas, tan diferentes, estamos unidos en un extraño trío, por una sola y única pasión: la salud de los colombianos.

¿Qué hemos logrado? ¿Qué vamos a lograr de ahora en adelante? Solo la historia podrá decirlo. Algo hemos roído de Medellín, el hueso más duro de roer. Contra la Andi y la Curia, hace quince años somos profesores Solórzano y yo. Ahora, los muchachos izquierdistas, nos dicen conservadores y reaccionarios. Qué le vamos a hacer. El mismo Guillermo creyó, en una época, que era mejor salir de nosotros. Pero nosotros, a nuestra vez, somos huesos duros de roer. No constituimos un clan, ni una trinca, ni un triunvirato al que nos una otra cosa que la pasión por la salud. No somos un partido, ni una cofradía, ni siquiera una “fonda”. El hecho de ser antioqueños no nos impide el ser integralmente colombianos, integralmente patriotas e integralmente latinoamericanos. No les pedimos permiso a los gringos, ni a los franceses, ni a los rusos, ni a los chinos, para pensar por nosotros mismos. Creemos que la salud de los colombianos la debemos conquistar todos los colombianos. No nos sentimos misioneros, ni profetas, ni enviados de Dios. Somos simples trabajadores de salud pública. Tan simples y tan valiosos como la más remota promotora rural, ese fenómeno colombiano que nació con Ignacio Vélez, con Guillermo Restrepo y conmigo, en las escarpadas faldas adonde no se puede ir sino en mula, con callos en las nalgas como le salieron a Fabio Montoya, en Santo Domingo, el pueblo de Tomás Carrasquilla.

Pero yo no vine aquí a hablar de personas sino de la salud del pueblo colombiano y de lo que debemos hacer de ahora en adelante, para alcanzar ese ideal. Yo voy a tratar de resumir lo que yo creo que todos nosotros debemos hacer en el futuro. Ya algunas ideas las he expresado antes, pero me gustaría, resumir, sintetizar, puntualizar lo siguiente:

1. Seguir estudiando y preparándonos, con las mejores informaciones, investigaciones, estudios, encuestas, hechos epidemiológicos, estadísticas vitales, etc., etc., para que cada vez conozcamos mejor y podamos cuantificar, desmenuzar comprender, entender, el problema de la salud del pueblo colombiano.

2. Sobre la marcha, con las cosas que ya conocemos y con las que vamos conociendo a medida que trabajamos, investigamos y pensamos, ir adoptando los sistemas, los esquemas, las situaciones, a las condiciones que vayamos encontrando. Ser flexibles en la organización de nuestros programas. No tener esquemas demasiado rígidos, y, por supuesto, cuando adoptemos algunos, no creer que ellos sean inmutables, permanentes o eternos. Solo lo flexible o cambiante, no lo rígido, permanece y se conserva. La peor manera de ser conservador, la destinada irremediamente al fracaso, es la de ser inflexible.

3. Trabajemos con todos, con amigos y enemigos, con paisas y no paisas, con bogotanos y santandereanos, con nariñenses y costeños, para organizar mejor la salud pública de Colombia. Somos un país de gente inteligente y buena, en todas las partes, hasta en Antioquia.

4. No desdeñemos las experiencias pasadas. Basemos también nuestros esfuerzos, además de nuestros estudios, en las investigaciones y encuentros que tantos trabajadores de la salud pública han hecho, durante tantos años, y que muchas veces se quedan por ahí, desconocidos, abandonados e inservibles.

5. No nos desesperemos. Miremos con confianza hacia el futuro. Digámosles a nuestros amigos salubristas, que a veces se vuelven demasiado impacientes o dogmáticos, y que creen —como yo mismo creí en mi época— que todo lo habíamos inventado nosotros y que antes nada bueno había, que sigan el consejo del viejo Litvinoff a sus amigos jóvenes: “Trabajen y estudien; investiguen duro y fuerte; sean pacientes; la historia está de su lado; sepan distinguir entre sus amigos y sus enemigos”.

6. Los enemigos son la enfermedad, la muerte prematura y los sufrimientos humanos inútiles. Combatamos contra ellos, no contra nuestros colegas, o contra los miembros de nuestra misma profesión, o de otras profesiones o actividades. Todo el que trabaja con dedicación y honestidad está sirviendo a Colombia.

7. Mientras no podamos cambiar el país y sus gentes, trabajemos en él y con ellas. No emigremos, ni nos desanimemos por fracasos que serán solo momentáneos si continuamos con esfuerzo y consagración. 110 Fundamentos éticos de la salud pública

8. El enemigo es fuerte. Es duro de vencer. Es obstinado y poderoso. La lucha no va a terminar nunca. La victoria nunca será completa. La victoria final, sin duda alguna, será de la muerte, nuestra vieja pero a veces demasiado calumniada amiga. Mientras ella no nos venza en forma definitiva y tengamos que acogernos irremediamente en sus brazos protectores y eternos, saquémosle todo el jugo posible a la vida, a la vida nuestra y a la vida de nuestros

hermanos, los demás seres vivos. No les reprochemos a los gusanos que acaben con nuestra carroña o a los virus y a los microbios que a veces acaban también con una vida que ya no es o que tal vez no vaya a ser buena después.

9. No caigamos en la simple dicotomía de que toda vida es buena y de que toda muerte es mala. Por hacer eso, los médicos, los salubristas y la sociedad en general, nos hemos equivocado y hemos cometido a veces graves errores que la humanidad está teniendo que pagar.

10. Seamos humildes. La arrogancia del poder es la principal causante de las pérdidas muchas de nuestras batallas. Si nos vencen, recordemos que las derrotas nos enseñan mucho más, muchísimo más, que las victorias.

Héctor Abad Gómez

*Reproducido con autorización de:* Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez

Abad-Gómez H. ¿Qué es la salud pública? En: Fundamentos éticos de la Salud Pública: selección de textos. Medellín: Universidad de Antioquia, Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez; 2012. p. 99-110

DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a02



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

---

# Salud pública, universidad y poder. La universidad que queremos\*

Public Health, university and Power. The university that we want

Saúde pública, universidade e poder. A universidade que almejamos

Jaime Breilh Paz y Miño<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico, doctor en Epidemiología. Exrector; director del Centro de Investigación y Evaluación de Impactos en la Salud Colectiva (CILABSsalud) y coordinador de su Doctorado en Salud, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. breilhjaime@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7146-4628>

Recibido: 14/01/2019. Aprobado: 17/01/2019. Publicado: 31/01/2019

---

Breilh J. Salud pública, universidad y poder. La universidad que queremos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):8-14. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a03

---

## Resumen

En diálogo con los planteamientos de Héctor Abad Gómez, en este texto se interroga el papel de la educación superior de nuestro tiempo, aportando elementos para trascender de una salud pública domesticada y funcionalista. Aquí se aboga por una universidad como espacio de autoconciencia social, en el que sea posible un pensamiento intercultural, construido en estrecho vínculo con las comunidades, y que sea capaz de una crítica radical de la voraz sociedad de mercado. Se llama la atención sobre la determinación social de la ciencia y el

momento crítico que atraviesa la salud pública en el presente, subordinada al modelo fármaco-biomédico y al pensamiento sucursalista predominante. Trascender la salud pública hegemónica y construir una universidad descolonizada obliga a repensar la manera de construir el objeto “salud” y las formas de pensarlo; implica el desarrollo de un pensamiento crítico radical de la mercantilización de la vida, y la recuperación de los saberes y sabidurías propias. Es el desafío de la salud colectiva latinoamericana del siglo XXI.

-----*Palabras clave:* salud pública, educación superior, poder, neoliberalismo, ciencia, medicina social, epidemiología crítica

## Abstract

In line with the proposals made by Hector Abad Gomez, in this text, the authors question the role of higher education of our times, contributing elements to transcend from a domesticated functionalist public health. In here, we call for a university as a space of social self-awareness, in which intercultural thinking could be possible, constructed working close together with communities, and which may be able to produce a radical critique of a voracious market society. It draws the attention on the social determination of science and the critical moment that public health is currently facing, subordinated

to a biomedical drug model and a predominant thinking of branches. To transcend from a hegemonic public health and construct a decolonized university obligates rethinking the way to construct the object of “Healthcare” and the way to think about it; it implies the development of a radical critical thought regarding the commodification of life, and the recovery of our own knowledge and wisdom. This is the challenge of collective Latin American Healthcare in the 21st century.

-----*Keywords:* public health, higher education, power, neoliberalism, science, social medicine, critical epidemiology

---

\* Conferencia presentada en la Cátedra “Héctor Abad Gómez”, el 24 de agosto de 2018, en la Facultad Nacional de Salud Pública, en Medellín.



## Resumo

Na chakra com as propostas de Héctor Abad Gómez, neste texto se inquirer o rol da educação superior do nosso tempo, doando como verba elementos para transcender duma saúde pública domesticada e funcionalista. Aqui se faz apologia das universidades como espaço de autoconsciência social, num qual seja possível um pensamento intercultural, construído em estreito enlaço com as comunidades, e que seja capaz de se tornar radicalmente cético versus a voraz sociedade do mercado. Se chama a atenção sobre a determinação social da ciência e o momento grave que atravessa a saúde pública no presente, submetida ao miolo fármaco-biomédico e ao pensamento

subsidiário predominante. Transcender a saúde pública hegemónica e construir uma universidade descolonizada obriga a repensar o jeito de construir o objeto “saúde” e as maneiras de cogitar; involucra o desenvolvimento dum pensamento crítico vertical da mercantilização da vida, e o resgate dos conhecimentos e sabedorias próprias. É o arretar desafiador da saúde comunitária latino-americana do século XXI.

-----*Palavras-chave:* saúde pública, educação superior, poder, neoliberalismo, ciência, medicina social, epidemiologia crítica

Muy buenos días a todos y a todas, reciban mi agradecimiento y saludo. A las autoridades de la Universidad de Antioquia, de la Facultad Nacional de Salud Pública, a todos los profesores, estudiantes, amigos queridos presentes y también al contertulio que me distingue. Me siento muy honrado de poder compartir esta breve palestra con Álvaro Franco, gran maestro.

Me es imposible olvidar, en este instante, que en los años ochenta, cuando tuve el agrado de asistir a los Martes del Paraninfo y luego, en el año 1987, al Congreso de Medicina Social que se realizó en Medellín, en una época compleja de la vida de esta ciudad, tuve el privilegio de disfrutar momentos académicos y también humanos profundos con Leonardo Betancur, con Pedro Luis Valencia, y acercarme al conocimiento del maestro Héctor Abad Gómez. Un poco tiempo después vino la noticia de lo sucedido y desde entonces he tenido una necesidad interior de expresarme y de decirles a ustedes lo que su desaparición violenta significó para mí como persona y para los compañeros ecuatorianos con los que lucho. Está siempre presente, en nuestra memoria, el peso académico y ético-político de su entrega a la defensa de la vida.

La conmemoración que acabamos de vivir hace unos minutos es un acto de resiliencia de la vida. Recordar a Héctor Abad Gómez y a esos luchadores por una salud pública comprometida es una forma potente de reafirmar nuestra autoconsciencia. En efecto, aquí en este recinto de mil batallas, la resiliencia de la vida se ha hecho nuevamente presente de una manera hermosa, de una manera profunda, de contenido y, además, estéticamente impactante. Pienso, entonces, que el honor de haber sido invitado y estar aquí frente a ustedes en esta universidad histórica y emblemática, vibrando con la memoria de los mártires de la salud pública en el marco del Día Nacional del Salubrista y recibiendo, a la vez, un reconocimiento a mi trabajo demuestra que hay ocasiones en la vida en la que esta se nos ofrece generosa. Es como si todos los afectos forjados en cientos de jornadas de porfía,

de lucha por un vivir saludable, se nos revirtieran con generosidad para convencernos de que de algo ha servido el modesto camino que hemos andado por la vida. Les agradezco por su generosidad y les aseguro que si bien alimenta mi espíritu, no lo envanece. Estoy muy claro de que lo que hemos generando en estas décadas de lucha y de trabajo, se ha forjado en la convergencia de espacios, en la convergencia de hermanos de diferentes países, sociedades, etnias, posiciones de género. En fin, somos un átomo de un mundo que va resistiendo la brutalidad y la perversidad de un sistema social estructuralmente negador de la salud y de la vida.

En esta oportunidad no voy a opinar sobre la salud pública de Colombia; voy a cumplir, más bien, ese llamado interno que mencioné. Quiero sacar esto que tengo retenido desde los años ochenta y que ahora tengo la oportunidad de expresarlo, haciendo parte de la memoria profunda que nos conmovió hace minutos. Una memoria militante, un acto de memoria que nos devuelve el optimismo y la fuerza. En mi caso, la de un trabajador de la ciencia: una mirada desde mi trinchera, desde mi militancia por un conocimiento que apoye la emancipación.

Para refrescar ideas sobre estas reflexiones, leí con especial interés la edición de *Fundamentos éticos de la salud pública*, texto de reciente aparición basado en *Teoría y práctica de la salud pública*, escrita por el maestro Abad en el año 1987. Sol Beatriz Abad, en su prólogo, se pregunta y dice, luego de pasar vista a la realidad de Colombia: “Por eso y por mucho más, pienso que la salud pública tal como la concebía mi padre, ya no está de moda, ya no existe. Mejor dicho, es un tema de poco interés para muchos” [1, p. xvi]. Yo creo, pensando dialécticamente, que es una afirmación dura, pero que encarna una gran verdad, porque el cinismo e individualismo de la época nos aprisiona, nos determina a olvidar esa otra salud pública que queremos rescatar y mantener. Mas, por otra parte, cuando constatamos la lucha de esta Facultad, de esta Universidad, de la

nuestra en Ecuador, de los grupos que hacemos la lucha del movimiento por la salud de los pueblos, etc., concluimos que no todo está perdido. Que la tiranía del individualismo, que tan lúcidamente cuestiona Pier Paolo Pasolini en sus *Escritos corsarios* [2], no ha ganado la guerra y demuestra que no está totalmente venida a menos esa salud pública que nos planteaba Héctor Abad. “Me parece [dice Sol Beatriz] que algunos médicos salubristas jóvenes decidieron sin previo aviso cambiar la concepción de la salud pública y se atrevieron a llamarla sin sonrojarse: salud pública moderna. Cuando los escuchen, deténganse un poco en su discurso y podrán ver claramente que lo moderno es el culto al lucro individual y de empresa como único mensaje para tener en cuenta” [3, p. xvii].

Son reflexiones que nos colocan en el vértice de la gran contradicción de la educación superior de este tiempo: o nos lanzamos al despeñadero de la tecnoburocracia, de la seudomodernización, o nos afianzamos en un paradigma de profunda resistencia académica, teórica, científica, práctica, para defender la vida. En el balance, entonces, Sol Beatriz, creo que son importantes esos llamados de atención, son absoluta y decisivamente importantes esas interrogaciones, porque nos hacen pensar en que las peores formas de colonización cultural y de avasallamiento social ocurren también con la complicidad de los colonizados. La salud pública hegemónica, oficial y servil esta colonizada y domesticada.

Yo vengo de una realidad donde tuve que afrontar, durante dos años, el ser rector de una universidad que estuvo en el ojo del huracán; estuvo en el corazón de una ofensiva, de una postura autoritaria y retrógrada sobre la educación superior. Tuve que defender nuestro derecho a pensar con libertad, con espíritu crítico, y defender los principios emancipadores, que tanto han servido para el crecimiento de la universidad latinoamericana. Entonces, reconociendo que la realidad de mi país y de otros de la región merece cuestionamientos severos sobre las posturas tecnocráticas y funcionalistas que se imponen sobre la salud pública, hay que reconocer la urgencia de mirar esa problemática con extremo cuidado.

Es importante, para nuestras universidades, actuar como espacio de autoconciencia de la sociedad, preguntarnos qué debemos hacer desde la docencia, desde la investigación, desde nuestros proyectos de incidencia. Comprender las inimaginables potencialidades de la investigación acción participativa. Reafirmar lo que hacemos con las comunidades junto a las cuales luchamos, para mantener viva esa ética universitaria, ese *ethos* dignificante, ese espíritu indomable, ese creativo senti-pensar, que reclaman nuestros sabios indígenas y pensadores como Héctor Abad Gómez. El conocimiento intercultural es la vía para desarrollar una ciencia sentipensante y formular lo que mi buen y querido

amigo Boaventura Santos denomina la “ecología de saberes” [3], y que prefiero designar como metacrítica de la voraz y dominante sociedad de mercado.

Una de las revoluciones epistémicas que tenemos que empujar en las universidades es dejar de pensar solo con el cerebro izquierdo de la lógica, para también pensar con el cerebro derecho de la sensibilidad: único camino para desarrollar una ciencia compasiva y responsable. “Saber” no es un tema apenas lógico, es un movimiento de ideas que cobran su más profundo sentido cuando se tejen junto al sentimiento profundo de amor a nuestra colectividad, a lo que somos, a lo que representamos, a nuestra identidad, a la justicia o a las diferentes formas de justicia que nos hacen falta. Si no hay un senti-pensar, la universidad seguirá en la fría y supuesta objetividad pura del paradigma eurocéntrico del siglo XIX.

En nuestras universidades nos movemos en una realidad que, a la vez que promisoria, es regresiva; que a la vez que alegre, es también profundamente triste y dolorosa; que a la vez que avanzada y tecnológica, es altamente reaccionaria. Nos enfrentamos a una dialéctica de perversidad, de dolor, por una parte, y de vida, de eclosión, de resistencia, por otra. Es el escenario concreto en el cual construimos nuestros programas académicos, los currículos que se supone representan nuestra manera de ver y de ser la autoconciencia de la sociedad. Pero también es el escenario donde se reproducen formas de *epistemicidio* de los saberes otros. Las universidades somos la autoconciencia de la sociedad y si ese espacio de autoconciencia se debilita o se tuerce o se sesga —y no solo estoy hablando del sesgo estadístico, sino del sesgo profundo del saber—, entonces las universidades estamos dejando de ser lo que verdaderamente nos corresponde ser.

Parafraseando a Eduardo Galeano, podemos decir que la memoria es un profeta con la mirada vuelta hacia atrás; por lo que fue y contra lo que fue, anuncia lo que será [4]. Eso es precisamente lo que vivimos hace algunos minutos. Un acto resiliente de memoria para reafirmar lo que queremos ser, para pensarnos como universitarios, para discernir el tipo de sociedad que queremos, y lo que pensamos que, en correspondencia con eso, debe ser la universidad.

Parafraseando igualmente a Pierre Bourdieu, afirmamos que la ciencia, como cualquier otra operación simbólica —y nosotros nos movemos con esas operaciones simbólicas de las ciencias de la salud—, es una expresión transformada, subordinada, transfigurada y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder [5, pp. 60-61].

Sin darnos cuenta, cuando diseñamos un programa docente, cuando concebimos una forma de incidencia y práctica en salud, cuando estamos pensando, cuando estamos diseñando, cuando elaboramos instrumentos de observación, cuando diseñamos los modelos de

análisis de nuestros proyectos, estamos consciente o inconscientemente incurriendo en esta dialéctica de que el trabajo con material simbólico es una expresión transformada, subordinada, transfigurada y, algunas veces, irreconocible de las relaciones de poder. Eso quiere decir que los modelos científicos de la salud pública no se cuecen en el vacío, no se cuecen en la abstracción de una cierta genialidad conceptual, sino que son modelos que están inscritos en un paradigma, el cual está inscrito en un espacio epistémico, marcado por la preeminencia de ciertas ideas, y todo ese movimiento está profundamente preñado de las relaciones de poder de la sociedad. Es decir, ese hilo conductor de una subsunción entre poder y la ciencia es algo que hay que analizarlo con mucho cuidado, porque es la principal herramienta que tenemos para hacer un análisis crítico, epistemológico, de lo que debe ser la salud pública.

Trabajar la memoria histórica es devolverle a la historia de la salud su creatividad e integralidad. La integralidad de nuestro pensar sobre la salud pública debe repensar nuestra forma de praxis; pero, para hacerlo, necesariamente tenemos que repensar nuestra manera de construir el objeto de la salud, y también reconstruir los modos de pensar esa salud.

No podemos transformar la acción pensando con el pensamiento convencional; por eso, cuando Bernard Cohen hace la historia de la ciencia [6], establece que la razón por la que Galileo fue un revolucionario que logró trastocar por completo las nociones de la geofísica, no fue por el telescopio, es decir, por el instrumento que utilizó; no fue, en otras palabras, por la tecnología de que dispuso, sino por el tipo de pensamiento que orientó su trabajo. Porque el físico y filósofo italiano, con esa tecnología, con ese mismo instrumento, no habría podido ver lo que vio y comprender lo que comprendió si no hubiera basado sus reflexiones en el pensamiento revolucionario de Copérnico, su marco teórico crítico. Extrapolando estos hechos acerca del cambio revolucionario de las ideas, a las ideas de la salud pública, diríamos que un avance real va a depender no solo de que estemos modernizados en instrumentos, al día en el *software* o en los recursos instrumentales, sino también que actuemos con una teoría crítica de la sociedad. Esa es una tarea sumamente compleja, porque el conocimiento está cruzado por los intereses del poder y profundamente preñado de ideología. Y esta ideología puede ser un recurso para avanzar o para retroceder. Lo grave es que, en este tipo de tensión, en esa lucha de ideas, salimos perdiendo cuando somos el polo débil de la contradicción.

Quisiera retomar en este punto algunas de las ideas de Héctor Abad para recuperar elementos sobre lo que hemos estado porfiadamente trabajando en los últimos tiempos. Situemos, en primer lugar, su producción. Abad hace parte de una noble historia del pensamiento

crítico de la salud pública latinoamericana o de la salud pública global, porque tenemos aliados del norte muy importantes en esta lucha. Me refiero a un conjunto de pensadores que, junto con Héctor Abad, forman parte de este gran movimiento de la medicina social, no solo latinoamericana: Ricardo Paredes en Ecuador, Salvador Allende en Chile, Henry Sigerist en Estado Unidos, George Rosen en Europa, Ramón Carrillo en Argentina y Héctor Abad en Colombia. Este conjunto potente, que Howard Waitzkin [7,8] ha estudiado en sus últimos textos sobre análisis desde una perspectiva crítica de la salud pública, hacen parte de este conjunto de fundadores, de pilares de la medicina social latinoamericana. Pero luego han venido realizaciones y desarrollos específicos que han abierto el campo del pensamiento sobre la determinación social de la salud. Así, han surgido la crítica etnosocial, la crítica ecosocial, la epidemiología de la mercantilización y el desgaste, y la epidemiología crítica, en la cual se inscribe mi pensamiento, que es llamada la “epidemiología crítica de la determinación social de la salud”.

Al respecto de esta última perspectiva, hay una historia de lo que podría describirse como un epistemicidio. El norte ha hecho un epistemicidio del pensamiento del sur. El pensamiento latinoamericano, desde los años setenta, ha sido invisibilizado en la producción del norte. Me refiero a casos como, por ejemplo, el de que la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, en 2005, publicó sus primeros textos sobre lo que denominó los “determinantes sociales de la salud” [9], invisibilizando la producción latinoamericana que décadas atrás ya había estado presente en libros traducidos a varios idiomas en el contexto mundial.

No hay excusa, ni de distancia cultural o geográfica, que pueda justificar el que se haya invisibilizado la epidemiología crítica latinoamericana, el poder explicativo y el poder práxico que tuvo nuestro pensamiento. Se hace aparecer la noción de “determinantes sociales de la salud” como una concepción europea original, siendo una copia sesgada de la epidemiología latinoamericana, lo que equivale a una nueva imposición unilateral del saber europeo. Cuando se analizan las categorías que se utilizan ahí, van a descubrir un hecho epistemológico muy curioso. Se asumen algunas categorías y nociones del pensamiento latinoamericano, sin citar sus fuentes bibliográficas originales, y se las transforman de acuerdo con su esquema lineal reduccionista. Ahí, lamentablemente, hay una maniobra epistémica, cruzada por relaciones de poder, que terminan imponiéndose y haciéndonos un problema.

Para curarme en sano, debo decir que el problema no es con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS. Sabemos que es un espacio forjado por los

gobiernos del mundo. Pero me preocupa que la OPS/OMS, como algunas otras agencias de cooperación, a veces tienen vínculos complejos. Me preocupa el hecho fáctico de que el presupuesto de la OMS es financiado, en un 30 %, por la fundación Bill y Melinda Gates. Si, igualmente, tomamos en cuenta que esa misma fundación tiene su propio presupuesto mayor que el de la propia OMS, es difícil aceptar que las líneas de dicha cooperación puedan ser independientes. Imaginemos, además, que en el contexto internacional es mínimo el peso de los gobiernos, de los pensadores democráticos, para incidir ante los grandes problemas. Entonces, comprendemos la lógica que termina siempre imponiéndose cuando hay que tomar medidas globales y urgentes. Cuando la OMS debió analizar la epidemia de AH1N1 y establecer si era una endemia o pandemia, definir si era una pandemia grado 6, la decisión se tomó en el directorio o *board* de la agencia. De algo así como siete personas de dicho directorio, cinco funcionarios tenían vínculos con las empresas que venden antivirales y venden vacunas. De este modo, la toma de decisiones está supeditada a los designios del poder.

Nos preocupa sobremanera ese tipo de lógica, ese tipo de determinaciones, que son pesadas y operan sobre esa viabilidad histórica de aquello que Héctor Abad planteaba para la salud pública y la cooperación internacional: la necesidad de que fueran espacios soberanos, deslindados de la influencia de las grandes corporaciones y del poder transnacional. Entonces, tenemos que llegar a entender que hay choques conceptuales, que hay choques de intereses que están por detrás, que este no es un ejercicio meramente académico técnico, este es un ejercicio de geopolítica y de relaciones profundas de poder, que operan sobre las instituciones de salud pública nacionales e internacionales.

Ustedes recordarán que cuando México estaba en periodo prerrevolucionario a comienzos del siglo anterior, la manera que hubo para contener los avances del pensamiento revolucionario mexicano y los desafectos contra las empresas estadounidenses fue a través de la salud pública, desde la Fundación Rockefeller, a través de las campañas de fiebre amarilla en México. Fue lo que hizo posible que gire aquella postura antinorteamericana que había en los mandos políticos de México en ese entonces. Se consiguió disuadir, o se consiguió transformar, mediante las campañas de fiebre amarilla. Es decir, que hasta esos elementos fácticos directos de incidencia política se dan por medio de esta herramienta, de esta lucha por el hacer, con la herramienta de la salud pública.

Lo que está en el trasfondo de esto es la preeminencia de una visión positivista. Recuerden ustedes que Michel Foucault hizo una clarísima explicación de cómo hay una ciencia oficial que está ligada al Estado y este representa

unas determinadas relaciones de poder. [10] Y ese poder que ese Estado representa necesita una ciencia funcional, porque no puede tener una ciencia crítica el poder frente a sí mismo; tiene que tener una ciencia que domestique el conocimiento. Ese es el conocimiento reduccionista y lineal que en la salud pública se ha impuesto en muchos escenarios y que lamentablemente hace que juegue esa realidad descrita por Foucault de la relación entre una ciencia funcionalista, un Estado de clase y una situación de control sobre el pensamiento de la ciencia.

El modelo fármaco-biomédico es importante, porque también permea el campo de la salud pública. No es solo un territorio de incidencia sobre la distorsión de la clínica, de los espacios clínicos de la lucha, porque, además, no hay contradicción antagónica entre clínica, entre salud individual y salud pública; no hay una contradicción de esencia, son elementos que tiene que operar complementariamente. El problema es que cuando uno y otro se convierten en herramientas del poder, entonces juegan juntos para domesticar el saber y para adocenarnos alrededor de los intereses estratégicos de los grandes capitales.

Acaba de publicarse un informe en Inglaterra que se llama *La burbuja biomédica* [11], que dice que, en ese país, en el que tienen veintinueve premios Nobel —o sea, algo saben de investigación—, lo que ha sucedido lamentablemente es que la ciencia se ha convertido en una mercancía radical. Ahí está explicado cómo hay una distorsión de los presupuestos, una distorsión de los contenidos, un desperdicio de recursos que están dirigidos hacia intereses mercantiles de la investigación, y la salud pública también es arrastrada hacia eso. Entonces, dejamos de pensar críticamente, de manera independiente y entramos en un territorio complicado.

Héctor Abad decía que la epidemiología ha salvado más vidas que todas las terapéuticas. Grandísima verdad. O sea, con prevención, con promoción profunda. No solo estoy hablando de la prevención etiológica y de la promoción circunscrita al consultorio; yo hablo la gran prevención, un acto de prevención radical como, por ejemplo, modificar la agroindustria en el país; como, por ejemplo, modificar la minería en el país; eso es prevención; o como modificar el control inmobiliario de los grandes capitales sobre el diseño de las ciudades, eso es prevención profunda. No estoy hablando de la prevención de una pequeña vacuna, o como en mi país, que porque yo les doy a los niños las chispitas de micronutrientes para poder resolver el tema de la anemia en esos niños, sin saber siquiera que muchas de esas anemias no son nutricionales, son anemias por afectación de la médula, porque esos niños están expuestos a agrotóxicos, a venenos que producen un anemia aplásica o hipoplásica, entonces, este tipo de distorsiones están ampliamente tratadas por estos

pensadores de la medicina social ya desde esas décadas y que obviamente ahora hay que tomar en el hilo conductor de un pensamiento progresista.

Entonces, creo que es importante superar, como insistentemente lo planteó Héctor Abad, la salud pública hegemónica, superar esa salud pública que también piensa como el modelo fármaco-biomédico, que no piensa en la salud, en la integralidad, en la vida, en derechos integrales, donde el sujeto pensante de esa salud pública dominante es el tomador de decisiones. Aunque es claro que es importante cómo piensa el tomador de decisiones, también es importante fundamentar cómo piensa el pueblo organizado, porque ahí está el bloque de víctimas que tiene una sociedad, y si el pueblo y las comunidades afectadas no tienen capacidad de incidir sobre las decisiones de salud pública, estamos haciendo una salud pública incompleta, vertical, Estado-céntrica y sesgada.

Cuando reconocemos la importancia del pensamiento decolonial de Ramón Grosfoguel, o de Enrique Dussel, o de Aníbal Quijano, o de Boaventura Santos, lo que están diciendo es una manera de decolonizarnos. También es despojarnos de estas posturas uniculturales, unilaterales, que han dominado la ciencia y que nos llegan a través de las sucursales. La salud pública latinoamericana no puede ser la sucursal de la salud pública del norte, el sucursalismo del que nos habla Enrique Dussel [12].

Tenemos que superar esa universidad que produce o envía cuadros a formarse en el exterior, se inscriben en un PhD, es decir, hacen un posgrado en el exterior, traen esa ciencia eurocéntrica, unicultural, lineal, reduccionista, que tiene prestigio porque tiene publicaciones en revistas de alto impacto, que son propiedad de las corporaciones; y entonces, traen esa ciencia, la importan, le dan una cabida nacional, la institucionalizan, la expanden y se ha creado la sucursal. Entonces, el sucursalismo en la salud pública es un fenómeno muy frecuente y nosotros tenemos que ser libérrimos, tenemos que ser soberanos y autónomos para pensar con nuestras propias ideas, con nuestras propias sabidurías, con nuestras propias ecologías de saberes o desde una metacrítica de una sociedad voraz y destructiva. Creo yo que estos son grandes retos.

En los textos clásicos de la medicina social, miren ustedes, inclusive desde siglos anteriores, Rudolf Virchow [13] decía que preservar la salud y prevenir la enfermedad requieren democracia plena e ilimitada, y medidas radicales antes que meros paliativos. Pero lamentablemente la salud pública convencional hegemónica se ha convertido en la ciencia de los paliativos. El neoliberalismo, cuando se impuso en la década de los ochenta o los noventa, usó la salud pública convencional dominante para calcular los mínimos de resistencia para saber hasta cuánto se podía deprimir el

ingreso de la población para que sobreviva como dadora de trabajo, pero no se muera ni proteste.

Termino diciéndoles que he venido a Colombia, país hermano al que quiero tanto, junto con mi compañera, disfrutando una vez más, cargando baterías en esta tierra hermosa a la que queremos y donde conservamos tantas amistades. Justamente en esta ciudad y aquí en esta universidad, que es donde se han forjado páginas de cooperación entre nuestros equipos, tengo la felicidad también de tener en nuestros programas tanto de doctorado como de posdoctorado estudiantes colombianos. Son colegas que están haciendo contribuciones muy fuertes, muy potentes en esos programas también. Entonces, es un “taca y daca” hermoso, es un sur, sur hermoso, pero también tenemos aliados del norte, de los buenos, de los buenos, hay que clasificarlos con cuidado, no vaya a ser que se nos metan como sucursal de un pensamiento ajeno.

Les felicito a ustedes por esta maravilla, me siento feliz. He saldado hoy una deuda de mi alma, que era decirle, a la familia de Héctor Abad, cuánto apreciamos a ese gran maestro, cuánto apreciamos el coraje con el que han superado la pérdida, cuánto apreciamos la maravilla de este modo de ser colombiano proactivo y capaz de superar las duras pruebas de la violencia. Con Pedro Luis Valencia no solo mantengo los recuerdos de nuestras discusiones sobre salud pública; en otro tipo de cosas me acuerdo cómo me decía: “Mira, hermano, si quieres perfeccionar el vallenato, tienes que practicar en una baldosa, porque si te sales de una baldosa, eso ya no es vallenato, sino cumbia”. Imaginen ustedes cuánto me ha valido ese sabio consejo. Como verán, he querido llevar esta charla por el camino de los afectos. Les invito a que estemos más cercanos, a que nos reafirmemos en una cooperación creativa y crítica.

En fin, gracias por los puentes de amistad y compromiso que han tendido. Les felicito, una vez más, por todos los éxitos que siguen logrando.

En este Día de los Salubristas, termino rindiendo un cálido homenaje a los profesionales, técnicos e investigadores de la salud colectiva que entregan sus vidas en defensa, promoción y reparación de la vida.

¡Muchas gracias!

## Financiación

Recursos propios.

## Conflicto de interés

Ninguno.

## Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados son responsabilidad del autor y no de la institución de la Universidad de Antioquia, ni de la *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, ni de los profesores que participaron en su discusión.

## Referencias

1. Gómez HA. Fundamentos éticos de la salud pública. 2.ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia, Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez; 2012.
2. Pasolini PP. Escritos corsarios. Madrid: Del Oriente y del Mediterraneo; 2009.
3. Santos, B de S. Construyendo las epistemologías del sur: para un pensamiento alternativo de alternativas. Volumen 1. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2018.
4. Galeano E. Las venas abiertas de América Latina. Montevideo: Universidad de la República; 1971.
5. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
6. Cohen B. La revolución newtoniana y la transformación de las ideas científicas. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
7. Waitzkin H. Medicine and Public Health at the End of Empire. Boulder, Colorado: Paradigm Publishers; 2011.
8. Waitzkin H, y Working Group on Health Beyond Capitalism (Eds.). Health Care Under the Knife: Moving Beyond Capitalism for Our Health. New York: Monthly Review Press; 2018.
9. Marmot M, Wilkinson R, editores. Social Determinants of Health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
10. Foucault M. The subject and power. En: Dreyfus HL, Rabinow P, editores. Michel Foucault Beyond Structuralism and Hermeneutics. New York: Harvester Wheatsheaf; 1982. pp. 208-26.
11. Jones R, Wilsdon J. The Biomedical Bubble. Why UK research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people [internet]; 2018 [citado: 2018 ago. 24]. Disponible en: [https://media.nesta.org.uk/documents/The\\_Biomedical\\_Bubble\\_v6.pdf](https://media.nesta.org.uk/documents/The_Biomedical_Bubble_v6.pdf)
12. Dussel E. Cómo derrotar el sucursalismo académico: tareas emancipadoras de la universidad en el siglo XXI. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador; 2018.
13. Virchow R. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia 1848. Am J Public Heal. 2006;96(12):2102-5.



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

# La salud pública en discusión \*

Public health under discussion

A saúde pública em discussão

Álvaro Franco-Giraldo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Médico, doctor en Salud Pública. Profesor universitario, Exdecano Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia, Colombia. alvarofrancogiraldo@hotmail.com. ORCID: [HTTPS://ORCID.ORG/0000-0003-4342-4025](https://orcid.org/0000-0003-4342-4025).

Recibido: 17/12/2018. Aprobado: 15/01/2019. Publicado: 25/02/2019

---

Franco-Giraldo Á. La salud pública en discusión. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):15-28. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a04

---

## Resumen

Este ensayo reflexivo discurre alrededor de la salud pública, en torno a temas discutibles, como su dimensión epistémica, su perspectiva frente a la dialéctica territorial local-global, su relación con la medicina social en Latinoamérica, su pretensión de científicidad, su posición ante el asunto de la determinación y los determinantes sociales de la salud, su lugar en la contradicción entre el sujeto y la estructura, y cómo se ve afectada por la tensión del capitalismo cognitivo y la universidad. El texto considera el fracaso de las políticas en salud y de las políticas públicas globales, y propone la construcción académica y política de una transdisciplinariedad, basados en las teorías de la complejidad y otras concepciones novedosas,

en interacción con otras áreas del conocimiento y actores diversos. Asimismo, defiende el rescate de la interculturalidad; propende por el debate teórico, junto a las ciencias sociales y humanas, sobre temas y problemas comunes; reconoce el pluralismo metodológico, validando los instrumentos de la epidemiología poblacional y otras modalidades de la misma, así como los avances de la investigación cualitativa y la comprensión de las intersubjetividades. Finalmente, el artículo recomienda que los salubristas asuman la salud pública como una opción con sentido de vida.

-----*Palabras clave:* salud pública, capitalismo, medicina social, política, Estado, globalización.

---

## Abstract

This reflective essay discusses public health topics such as its epistemic dimension, how it is affected by the local-global territory dialectics, its relationship with social medicine in Latin America, its pretense of scientificity, its stance regarding the issue of determination and social determinants of health, its place in the contradiction between subject and structure and how it is affected by the tension of cognitive capitalism

and the university. The text discusses the failure of healthcare policies and global public policies, and proposes the academic and political construction of a transdisciplinarity based on the theories of complexity, interaction with other fields of knowledge and various actors. Likewise, it defends recovering interculturality and leans towards a theoretical debate, alongside social and human sciences, on common topics

---

\* Este ensayo tuvo como base la ponencia presentada en el Foro "Salud pública y universidad", celebrado el 25 de agosto de 2018 en la Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, en la conmemoración de los salubristas inmolados durante las últimas décadas del siglo xx en Colombia.

and problems. Similarly, it acknowledges methodological pluralism, thus validating the instruments of population epidemiology and other forms of it as well as the advancements in the field of qualitative research and the understanding of intersubjectivities. Finally, the paper recommends that

healthcare professionals perceive public health as an option with a sense of life.

-----*Keywords:* public health, capitalism, social medicine, politics, State, globalization

## Resumo

Este ensaio cogitativo discorre ao redor da saúde pública, circundando aos tópicos discutíveis, como a sua dimensão epistémica, como a afeta a dialética territorial local-global, o seu relacionamento com a medicina social na Latino América, a sua pretensão de cientificidade, a sua postura diante do assunto da determinação e os determinantes sociais da saúde, o seu lugar na contradição entre o sujeito e a estrutura, e como se vê afetada pela tensão do capitalismo cognitivo e a universidade. O texto considera o fracasso das políticas em saúde e das políticas públicas globais, e propõe a construção acadêmica e política numa trans. disciplinariedade, baseados nas teorias da complexidade, em interação com outras

vertentes do conhecimento e atores diversos. Assim mesmo, defende o resgate da interculturalidade; promove o debate teórico, enxuto com as ciências sociais e humanas, alusivo a temas e dificuldades comuns; reconhece a pluralidade metodológica, avaliando os instrumentos, a epidemiologia populacional e outras modalidades da mesma, assim como os avanços da investigação qualitativa e a compreensão das Intersubjetividades. Finalmente, o artigo dica que o pessoal da saúde assuma a saúde pública como uma opção com sentido de vida.

-----*Palavras chave:* saúde pública, capitalismo, medicina social, política, Estado, globalização

## Introducción

El presente artículo asume como objeto el campo de conocimiento que es la salud pública, con el interés de fomentar un necesario espacio de discusión, preguntándose siempre por las condiciones de posibilidad de esta área académica. En este sentido, el texto presenta algunos cuestionamientos a los que ha sido sometida la salud pública desde muchas décadas atrás en pleno siglo XX, cuando se debatió alrededor del concepto de *crisis de la salud pública* [1] y posteriormente acerca de las *funciones esenciales de la salud pública* [2], como también se dieron otras expresiones en su contra, no solo por la acción violenta y subrepticia de la derecha política contra los salubristas y los científicos sociales en las décadas de los ochenta y de los noventa, sino además de sus contradictores ideológicos, y hasta de los propios amigos.

Según relata Samuel Arias,

Entre 1987 y 1991 se realizaron seis talleres convocados por la ALAESP [Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública], la ASPH [Asociación de Escuelas de Salud Pública en Estados Unidos] y la OPS [Organización Panamericana de la Salud], para discutir sobre el estado de la Salud Pública en las Américas y definir los temas programáticos de trabajo para la OPS [...]. La última reunión se realizó

en Nueva Orleans, Estados Unidos, en 1991 cuyo tema se denominó “La crisis de la salud pública” [3, p. 137].

Arias entiende esta crisis: “como la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieran; [...] una concepción de salud pública, no solo como un campo de profesionalización, sino como un deber del Estado, y, sobre todo, como un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud” [3, p. 137]. Así, la crisis se explica por razones de carácter teórico-epistemológico, otras de tipo político y, por último, las de carácter funcional† [3, p. 138].

Varios hechos más contribuyeron a la crisis de la salud pública en épocas más recientes, como en el caso específico de Colombia, evidenciado ya hacia los años noventa: la competencia con el sector privado y el auge del mercado, así como la crisis del sector salud (que viene a sumarse a la crisis conceptual más amplia de la salud pública), la cual no hemos resuelto después de cinco lustros de reformas, desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 [4].

Esta crisis no es solo en el ámbito nacional. Algunos análisis más genéricos muestran una crisis amplia que afecta la salud pública en todo el mundo, crisis ya denunciada por diversos autores, como Jaime Breilh [5] y nosotros mismos desde la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) y la Comisión Económica para América

† El primero, de carácter teórico epistemológico, está relacionado con “su dependencia del poder hegemónico, la medicina curativa y el pensamiento positivo-biologicista”; el segundo, de carácter político, se vincula con la capacidad transformadora de las condiciones de salud; el tercero, de carácter funcional, referido a las funciones propias, como, por ejemplo, las acciones relacionadas con la estrategia de atención primaria en salud (APS) [3, p. 138].



Latina y el Caribe (CEPAL) [6]. Algunos la extienden al proyecto de la Modernidad [7] y para otros se trata, más bien, de una crisis civilizatoria [5], en lo cual podemos coincidir.

La globalización, el capitalismo global, está sin duda detrás de este orden de cambios y retrocesos mundiales. Como modelo hegemónico, el neoliberalismo viene atado a estos procesos del globalismo económico, como diría Ulrich Beck [8]. En lo particular, el proyecto neoliberal nos impuso un eje de crecimiento económico y de constricción social: la racionalidad económica y la preeminencia del mercado, que subsume a todos los sectores sociales, como la salud, la educación y la seguridad social.

Para otros autores, de manera concreta, la crisis de la salud pública se debió a “la evidente fragilidad de los esfuerzos para enfrentar y dar respuesta a los problemas de salud a nivel colectivo o de la población” [9], aunque la explicación de ello estará en el contexto expuesto anteriormente. Se mencionan, como ejemplo de ineficacia, las políticas de orden global [10],<sup>‡</sup> que no han logrado su cometido, así como tampoco los reiterados enunciados de los organismos internacionales y los Gobiernos nacionales. Esas metas han constituido una desilusión para los salubristas, por su inefectividad en la práctica sanitaria, igual que por la utilización amañada que de ellas hacen los políticos y la burocracia estatal o internacional.

Ante el fracaso de las acciones y estrategias sanitarias, parece clara la necesidad de la renovación de la salud pública y redefinir los paradigmas en este campo, como se viene explorando teóricamente [5,11,12]. Con ello se podría dar respuestas a la pregunta por la viabilidad de la salud pública: ¿si la salud pública ha sido incompetente (eficacia y efectividad), tiene sentido seguir luchando por ella? Pregunta que nos ha estimulado desde mucho antes en el trabajo académico y que motiva nuestro razonamiento a lo largo de este ensayo.

Así, para tratar de comprender el asunto de manera más integral, en este artículo se plantean varias tensiones

en la salud pública, como saber y profesión, en su estado actual, las cuales se expresan de manera preliminar en estas tres premisas, que serán ampliadas más adelante:

1. La contradicción entre salud pública, mercado y Estado, bosquejada en los párrafos anteriores. Contradicción real, a pesar de que, de manera paradójica, los salubristas, en plena confrontación con el mercado y con el Estado, instamos a este último a ser garante y a responder por la salud poblacional, basada en los derechos [13].
2. La discusión entre Estado y sujeto [7] y entre la estructura social y el sujeto, con los riesgos que trae el etnocentrismo, avivado a finales del siglo xx y principio del actual, el cual lleva a la confusión de muchos académicos, subsumidos en el individualismo metodológico<sup>§</sup> [14].
3. Otras tensiones, aun tecno-académicas, se derivan del capitalismo cognitivo, del que no han escapado la universidad, en general, ni las escuelas de salud pública, en particular, con lo cual no queda oportunidad para pensar diferente ni para la crítica constructiva, dejando poco espacio para la generación de pensamiento [15]. Nos sometemos a la mercantilización del conocimiento y a los designios del capitalismo cognitivo, creando diversos vínculos intersubjetivos, en coherencia con sus valores.

Los puntos de discusión, en relación con estas premisas, son ampliados a continuación en este artículo, así: la confrontación misma de este campo de conocimiento en la dimensión epistémica, las dificultades y contradicciones de su desarrollo en la globalidad, el influjo de la dialéctica local-global, la disputa de la propia salud pública con otras disciplinas hermanas en Latinoamérica, así como la discusión con la salud pública alternativa, la medicina social y la salud colectiva, el asunto de la determinación y los determinantes sociales de la salud, la pretensión de científicidad de esta área, y la contradicción entre el sujeto y la estructura.

<sup>‡</sup> Luego de no alcanzarse la meta “Salud para todos en el año 2000”, formulada por la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se definieron los “Objetivos de desarrollo del milenio” (ODM) en la Asamblea del Milenio en el año 2000 por Naciones Unidas en Nueva York. Posteriormente, vencidos los términos de los ODM, hacia el año 2015, “tras 8 rondas de negociaciones intergubernamentales con aporte de una amplia variedad de actores, se lanza la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Estos reemplazan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a partir del 2016 y guiarán el trabajo de Naciones Unidas por los próximos 15 años. La Agenda 2030 es civilizatoria, porque pone a las personas en el centro, tiene un enfoque de derechos y busca un desarrollo sostenible global dentro de los límites planetarios. Es universal ya que busca una alianza renovada donde todos los países participan por igual. Es indivisible ya que integra los tres pilares del desarrollo sostenible (económico, social y medioambiental), presentando así una visión holística del desarrollo. La erradicación de la pobreza y la reducción de desigualdades son temas centrales en la nueva agenda, y prioridades para América Latina y el Caribe” [10]

<sup>§</sup> “Sirve para explicar un comportamiento observado como resultado directo de motivaciones individuales (contingentes) que ocasionaron este mismo comportamiento” [14]. El *individualismo metodológico* es una corriente filosófica o método que trata de explicar la sociedad o la estructura social, a partir de la sumatoria de los individuos, de sus creencias, percepciones, de sus acciones, concibiendo la sociedad como un agregado de individuos. En esta corriente, los investigadores sociales (también salud pública y epidemiología) analizan la sociedad por lo que ocurre en los individuos, sin considerar otras interacciones y fenómenos colectivos estructurales.

En tal sentido y a pesar de algunas visiones optimistas de la salud pública [16], este ensayo se plantea desde uno de sus extremos, la inviabilidad de la salud pública, pese a quienes defienden su éxito como profesión; y, sin embargo, en el otro extremo está la posibilidad de gestar alternativas académicas y políticas renovadoras.

### Perspectivas epistemológicas

En el argot internacional, no todos aprecian la salud pública como una profesión exitosa. En España, por ejemplo, se sostiene: “A pesar de sus contribuciones en el pasado, la salud pública ocupa en la actualidad una posición marginal en el sistema sanitario. Este insuficiente protagonismo se asocia con el escaso reconocimiento de la profesión y de sus profesionales” [17]. Igual o peor puede ser la situación de la salud pública y de los salubristas en América Latina, desde la perspectiva del presente artículo, por las debilidades del Estado, peores en esta región, y por las reformas de los sistemas de salud, que han sido mucho más recalcitrantes desde la óptica neoliberal en las tres últimas décadas.

Coincidimos con los españoles en que, para fortalecer la salud pública, se debe profundizar en la coherencia de sus objetivos y de su base científica y metodológica, para que efectivamente se logre el mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de la población, y la solución a los problemas de salud de las gentes; asimismo, es importante asegurar algo que le corresponde a la universidad: la competencia e idoneidad de sus profesionales. ¿Será posible articular esos objetivos de la salud pública con la práctica social (prácticas eficaces): lograr coherencia entre teoría y praxis?

Por otro lado, se ha criticado el enfoque de la salud pública por su “concepción ahistórica, individualista, reduccionista y biologicista de la lógica positivista y sus agregaciones estadísticas [...] [y se propone aproximarse a un] [...] objeto complejo salud-enfermedad-cuidado de una forma más integrada, respetando la historia y procurando establecer circunstancias de vida individual y colectiva más sanas” [9].

En consecuencia, es necesario analizar algunas perspectivas epistemológicas sobre la forma como se debería estudiar, investigar y comprender la salud pública, como objeto de conocimiento y práctica social, a fin de poder dar respuestas y soluciones a los retos señalados en la introducción, dentro de la complejidad de la realidad sanitaria y social. El campo de la salud pública se encuentra en un proceso de cambio y de búsqueda de paradigmas alternativos frente a las críticas de ineffectividad y de incompetencia sanitaria, que es necesario estimular mediante el análisis de concepciones novedosas, como las basadas en la teoría de la complejidad u otras.

La manera de entender la salud de las poblaciones y aproximarse a sus problemas es, sin duda, un condicionante de la salud pública misma y de la institucionalidad que forjamos a su alrededor; en ella se reflejan las diferentes facetas de la salud pública, como teoría, como praxis o como identidad de las comunidades y su manera de enfermar o morir (su ser). Según Macías Llanes, “del modo que se entienda la salud, dependen los ideales y tareas de las ciencias relacionadas, la organización de los servicios, el desarrollo de disciplinas científicas y su institucionalización, su inclusión en los planes y programas de estudio, también el financiamiento para investigaciones y, por último, la visión misma que se forma del futuro de la sociedad” [18, p. 4].

En primer lugar, se requiere del concurso de diversas disciplinas y enfoques integradores, para abordar los problemas desde el pensamiento de la complejidad. En realidad, de lo que se trata es de enfrentar la manera como se han abordado los problemas de salud, criticada por seguir la perspectiva del pensamiento lineal y simplificador, basado en el reduccionismo metodológico, que desagrega el todo en las partes, dejando su interpretación en disciplinas particulares y aisladas.

En segundo lugar, es necesario reconocer que lograrlo no es fácil, hay que admitir la dificultad. En este punto, no podemos olvidar a uno de los clásicos del estudio de la complejidad, Edgar Morin, cuando dice que “la complejidad se manifestará en primer lugar, en forma de oscuridad, de incertidumbre, de ambigüedad, de paradoja o incluso de contradicción” [19]. Precisamente, este es uno de los grandes problemas que tenemos en esta área académica: los problemas de salud pública son bien complejos, derivados del proceso social, y por momentos no están claras las soluciones, peor aún si la enfocamos desde la investigación y la enseñanza de manera simplista y funcionalista.

En tercer lugar, la construcción social de la salud es un proceso que hace necesario entenderla de manera más integral y dinámica:

[...] como proceso la salud es dinámica, cambiante, un producto de la actividad humana, que genera tensiones de adaptación, desarrollo de potencialidades y capacidades óptimas de comportamiento del organismo social y no sólo del individuo. Intervienen sujetos sociales: la familia, grupos etarios, comunidades, naciones. [...]. El hecho de la participación de la sociedad en el proceso de la salud hace pensar en el término *construcción social de la salud*, que entre otras cosas redimensiona el papel de las ciencias y las tecnologías en relación con el proceso [18, p. 12].

Así, se dan relaciones complejas entre las ciencias y el propio proceso social, que se condicionan de manera recíproca, como en el caso de la salud pública, área de conocimiento condicionada por el proceso social, siendo necesario un abordaje desde la complejidad (pensamiento

complejo), en lo cual coinciden diversos autores que tratan de descifrar el paradigma de la complejidad para su aplicación a la salud pública [9,18,20]. Al respecto, Naomar Almeida Filho propone: “es ciertamente más adecuada la categoría ‘complejidad’ para resumir el conjunto de propiedades de los objetos de conocimiento de efectivo interés para la ciencia contemporánea. La idea de la complejidad puede así ser tomada como el eje principal que unificaría parcialmente diversas contribuciones en dirección a un paradigma científico alternativo” [20, p. 125].\*\*

### La dialéctica local-global

Otra de las cuestiones que hace complejo el campo de la salud pública es su multidimensionalidad, la diversidad de niveles que se pueden dar para el abordaje de un problema, como es el caso de los contextos globales, regionales, nacionales y locales de una problemática, lo cual nos invita a explorar la tensión dialéctica que se puede dar entre ellos.

Así, si exploramos los enfoques territoriales de la globalización, encontramos el bipolo dialéctico global-local, una dicotomía conflictiva que es necesario entender dialécticamente, pensando que su resolución se constituye “en articulación clave para afrontar y comprender las problemáticas presentes en nuestros territorios contemporáneos, a fin de mejorar las condiciones de vida de toda la población” [21]. Sin embargo, hasta el momento esa articulación global-local no se ha logrado y han predominado las condiciones negativas de la globalización sobre la salud.

El orden mundial actual y las consecuencias de la globalización, como se han configurado, perjudican a los países pobres y a la mayoría de los ciudadanos del mundo. Este desequilibrio está dado por las relaciones local-global [22],†† en las que ha predominado lo global, por el alcance (planetario) de las transnacionales y la liberalización del comercio, relaciones que traen un efecto negativo en la salud y las condiciones de vida de las gentes, las cuales se expresan precisamente en

el nivel local. Los cambios globales han seguido las lógicas del mercado, del modo de producción y los flujos del capital, lo que ha ocasionado la transformación de ciudades y territorios a nivel mundial, globalizándolas. Al respecto, Ted Scherecker habla de “profundidad local” para mostrar cómo “los procesos económicos de escala global transforman las vidas de las familias y comunidades, mientras profundizan divisiones y reproducen inequidades económicas” [23, p. 114].

En ese sentido, la acción debe dirigirse a aminorar los determinantes globales de la salud, para lo cual se “requerirán transformaciones que encarnen el cambio a larga escala” [23, p. 117], para conseguir la reducción de las inequidades en salud. Pero, por otro lado, la vida cotidiana, los determinantes de la salud, las condiciones de vida se expresan en el nivel local y allí hay que actuar también de manera decisiva.

Lo local se debe redimensionar en esta dialéctica: “— en relación a sus valores y características particulares— se posiciona como componente estratégico clave en este contexto” [21, p. 30], para las transformaciones que se requieren en el nivel global, partiendo de lo local (glocalización). En otras palabras, desde nuestra visión, en lo local están las respuestas a las amenazas globales (con glocalización se pueden enfrentar las estrategias de la globalización hegemónica). Debe ser desde la base cultural local, la interculturalidad y la diversidad local que se construyan esas alternativas.

Así mismo, las diversas estrategias, pensadas localmente, nos permitirán la renovación de la salud pública y el redimensionamiento de la salud global, y evitarían, por otro lado, la tendencia centralizadora del orden estatal nacional. De este modo, por ejemplo, en el medio europeo, la revista *Lancet* se ha trazado una perspectiva sanitarista basada en la cultura, dentro de esta dialéctica de lo local a lo global [24,25].\*\* A lo anterior se agregan fuertes alianzas con otros grupos sociales, por la salud global y la salud colectiva [26].

A propósito, no se puede perder de vista que el asunto de la sociabilidad y de la generalización pasa por respetar

\*\* Almeida reconoce que quienes proponen nuevos paradigmas están sugiriendo que una nueva ciencia se encuentra en pleno desarrollo (es el caso de quienes lo sugieren para la salud colectiva), para lo cual demandan “categorías epistemológicas propias (como parece ser la categoría de la complejidad), nuevos modelos teóricos (como la ‘teoría del caos’) y nuevas formas lógicas de análisis (como por ejemplo los modelos matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes)” [20, p. 124], entre otras, que “constituyen ejes de renovación paradigmática que representan un enorme potencial de avance en la producción de conocimiento científico y desarrollo tecnológico en el área de la salud!” [20, p. 136]

†† Pérez Álvarez pone como ejemplo “La interdependencia Global-Local que se manifestó en el ámbito financiero por primera vez en 1929 en la ciudad de Nueva York produciendo un colapso al otro lado del Atlántico con el estallido añadido una década después de la II Guerra Mundial, se repite una vez más en 2007 con la caída de Lehman Brothers, las hipotecas subprimes y virulencia aún mayor que provocó un impacto político, económico y social que aún perdura en Europa” [22].

‡‡ La Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa y la revista *Lancet* lanzaron un proyecto sobre los determinantes culturales de la salud a enero de 2015, como parte del trabajo sobre cultura y salud [25], y llaman a proferir un manifiesto por la salud pública, para transformar la salud pública mundial y ofrecer un camino viable hacia adelante, justamente en la búsqueda de un nuevo modelo de salud basado en los determinantes sociales de la salud.

rasgos decisivos en la conducta humana. Esta debe ser considerada desde las alianzas familiares (relaciones comunales territorializadas), las relaciones políticas en la macrocomunidad (Estado nación) hasta las relaciones societales (como el movimiento del mercado), siguiendo la clasificación por estratos que hace Juan Samaja [27], a la cual podríamos agregar las interacciones globales que se presentan actualmente en el mundo capitalista, que aparecen como un obstáculo para las culturas humanas y la salud pública, basada en ellas.

En resumen, la salud pública, como práctica académica y política, debe interpretar esta doble realidad (local y global) y las conexiones que se dan entre ellas, y debe ponerse al servicio de las transformaciones locales en pro de la vida y la salud, haciendo a su vez alianzas con grupos de la sociedad civil y movimientos sociales, con el fin de cambiar las relaciones globales de manera más equitativa, volviéndolas más proclives a los intereses de los seres humanos en el mundo, para la vida misma.

### **El debate salud pública-medicina social en Latinoamérica**

Uno de los debates más asiduo en América Latina y que ha influenciado bastante el accionar de las escuelas de salud pública en América Latina es el de la medicina social (y salud colectiva) frente a la salud pública, que por momentos hace pensar que son áreas de conocimiento diferentes, con abordajes distintos desde el punto de vista metodológico y epistemológico, con diferencias ontológicas en la definición del objeto de conocimiento y en las técnicas utilizadas por cada una de ellas. Sin embargo, en este artículo se consideran la medicina social, la salud colectiva y la salud pública alternativa como corrientes de pensamiento dentro de la salud pública, con abordajes diferenciados de los de la salud pública convencional.<sup>§§</sup>

De acuerdo con Iriarte *et al.* [28], en la última mitad del siglo XX se desarrolló fuertemente la corriente de pensamiento de la *medicina social*, y se incrementan numerosos centros de investigación y docencia, así como las revistas científicas especializadas y la presencia de autores relevantes en este campo. Esta corriente reconoce como categorías analíticas la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras [28], a través de las cuales podría lograrse una mayor capacidad explicativa, interpretativa y analítica sobre los problemas

de salud de la población. De esta manera, la medicina social latinoamericana ha contribuido con la riqueza de sus posiciones teóricas y metodológicas, propiciando intensos debates sobre teorías, métodos y estrategias de cambio. Para Iriarte *et al.*, “Los debates metodológicos toman en consideración el contraste entre los modelos empírico-funcionalistas e histórico-analíticos, y entre los enfoques macro políticos y micro políticos, así como el equilibrio entre las metodologías de investigación cualitativas y cuantitativas, y entre lo individual, lo grupal y lo colectivo como unidades de análisis” [28].

Por su parte, la corriente de *salud colectiva* plantea iniciativas para la transformación de la realidad social, basándose en la construcción del objeto de estudio de manera transdisciplinaria, totalizadora y compleja, y en el diseño de modelos de interpretación e intervención más holísticos, capaces de entender la salud individual y colectiva en permanente cambio, como un todo complejo y dinámico [9].

Por otro lado, se resaltan corrientes como la salud pública alternativa [29], la epidemiología crítica y la salud colectiva, con nuevos elementos que, al igual que la medicina social, buscan controvertir la salud pública convencional. Algunas de las corrientes alternativas consideran, entre otros asuntos, que la salud pública “debe transformarse en un campo de conocimientos y de prácticas transdisciplinarias, que aporten desde diferentes miradas a la comprensión e intervención del objeto de la salud de la población” [9]. En esto no existe coincidencia entre la salud pública convencional y las distintas vertientes del pensamiento en salud pública, y sería un buen punto de partida para resolver tensiones, dejar planteadas sus categorías analíticas y diferentes intencionalidades ontológicas para los debates subsiguientes.

Así pues, estos enfoques y categorías descritas deben entrar a fortalecer el campo de conocimiento amplio de la salud pública. Aquí lo que importa de la salud pública es ser (su deber ser) un campo de construcción permanente, que reconozca lo social, histórico, cultural, político, económico y biológico (el proceso biológico-social), en el que se interviene sobre la vida más que sobre la enfermedad; una disciplina que metodológicamente tome en cuenta al sujeto, sus prácticas y representaciones para construir alternativas y mejorar la salud, como lo expresan algunos autores [7,9].

En últimas, se propende aquí por el intercambio entre la salud pública convencional, la medicina social

<sup>§§</sup> La salud colectiva se sigue más desde la salud pública brasileña, sin contradicciones grandes con la medicina social, que tiene un alcance mucho mayor en Latinoamérica, en tanto que la salud pública alternativa ha recogido en este término, por Edmundo Granda [29], aquellas apuestas que confrontan a la salud pública convencional. Para efectos de este ensayo, se denomina aquí *salud pública convencional* a aquella disciplina tradicional que ha estado atada al Estado, siguiendo una racionalidad positivista, sustentada en una epidemiología poblacional basada en mediciones de la enfermedad, y la respuesta social centrada en los servicios de salud, que se construye como tal al final del siglo XIX y principio del siglo XX, y que en las últimas décadas del siglo XX busca su renovación en la definición de las funciones esenciales de la salud pública [2].

y las otras corrientes alternativas mencionadas atrás. Eso, en alguna forma, lo han venido intentando varias escuelas de salud pública en América Latina, al menos en las dos últimas décadas, como se puede evidenciar en algunos de los escritos de sus profesores y tesis de estudiantes [3], así como en algunos artículos científicos y de opinión [9,13,28].

### **El asunto de la determinación y los determinantes sociales de la salud**

Parte del debate entre la salud pública convencional y la medicina social ha sido precisamente la discusión suscitada en los últimos 10 años entre determinantes sociales y determinación social de la salud.

En este lapso ha surgido con fuerza la idea de trabajar sobre los “determinantes sociales de la salud”, categoría que trasciende el enfoque de causalidad, inmersa en los factores de riesgo y en las condiciones de vida, vista de manera genérica o desagregada en factores de riesgo, como tradicionalmente lo ha hecho la epidemiología. Se da un paso adelante al trabajar sobre “las causas detrás de las causas” [30], al destacar las inequidades en salud, las diferencias socioeconómicas y la ubicación geográfica, entre otros.

Dichos determinantes *sociales* de la salud, aunque persisten en el enfoque del causalismo [31], suponen que pueden incidir sobre los procesos de la salud y la vida. No obstante, la concepción de determinantes sociales, como se ha sumido desde el 2008 por la epidemiología europea, sigue siendo muy asimilable al enfoque de determinantes factoriales de la salud pública convencional, enfocada sobre la enfermedad [32].

En otro sentido, desde la década de los setenta del siglo XX, la medicina social latinoamericana, inspirada en el marxismo y en el materialismo histórico, impulsó con mucha asiduidad el análisis de la categoría de la “determinación social de la salud”, para explicar la enfermedad, la muerte y las condiciones de vida y de reproducción social de los conglomerados humanos mediante procesos estructurales del desarrollo social.

Lo cierto es que ha tomado mucha fuerza la discusión entre el modelo de determinantes sociales de la salud y el modelo de determinación social [32], siendo esta una de las tensiones más actual en la literatura académica de los salubristas. Según Pérez Lovelle [33], existen tres niveles de determinación social de la salud: el macrosocial, el nivel grupal y el nivel individual, pero otros autores de la medicina social hacen sus propias taxonomías, como Juan Samaja [27, pp. 45-49], Jaime Breilh\*\*\* [34], Nancy Krieger [11], etc., que a su vez

permiten establecer sus propias categorías de análisis y abordajes diferentes en la investigación, siguiendo el enfoque de la determinación social de la salud.

Sin embargo, desde nuestro punto de vista, la perspectiva de los determinantes y la determinación hay que mirarla con un alcance mayor, el de la *salud global*, definida como “el área de estudio, investigación y práctica enfocada a mejorar la salud y disminuir las desigualdades sanitarias en la población mundial” [35], o sea, el de la salud pública a gran escala [36].

En relación con los determinantes de la salud y la determinación, la salud global redefine su eje analítico, el cual “se centra en el impacto global sobre los determinantes socio-sanitarios de la salud, la determinación global de la vida humana y del desarrollo sostenible del planeta tierra” [32, p. 74]. Así, “El comportamiento de los mercados internacionales, los nuevos estilos de vida y consumo globales, el comercio de bienes y servicios de salud o la contaminación ambiental generalizada influyen sobre la salud por encima de esas relaciones de causalidad estructural planteadas [...] en la sociedad nacional”, y se definen como *determinantes globales de la salud* [32, p. 81].

Dentro de este contexto, las desigualdades sociales y las desigualdades sanitarias (los reales determinantes de la salud), en la actualidad, son expresiones del nuevo (des)orden mundial, a su vez determinado por la globalización económica, en línea con el pensamiento hegemónico (instaurado por los grupos del norte, los países globalizadores, como aquellos que lideran el círculo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico).

De nuevo, tenemos que concluir que a este análisis no se puede abstraer la salud pública ni las escuelas de salud pública en América Latina.

### **La pretensión de científicidad**

Otra de las tensiones de la salud pública es su relación con la(s) ciencia(s), esto es, si puede considerarse a la salud pública como una disciplina científica o no, obviamente no entendida como una ciencia positivista, que justamente no ha sido el interés de quienes hemos propuesto este debate [37, p. 108]: “En la generalidad de los países se reconoce la salud pública como una disciplina científica que ha logrado definir algunos referentes generales, descontados obviamente los diferentes matices de pensamiento, acerca de su objeto de estudio, su marco teórico y sus metodologías de aproximación al objeto de estudio [...]” [37, p. 109].

\*\*\* Breilh plantea que “La *determinación social de la salud* es una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica, enunciada desde mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. Junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza [...]” [34, p. 13]

Sin embargo, esta es una visión meramente académica,<sup>†††</sup> que no puede desconocer la otra vertiente fuerte de la salud pública, que la ve solo como un campo de conocimiento y de lucha política, basada en su accionar político y su determinación social (concepto que se retoma en la discusión más adelante).

Al respecto, Macías Llanes, al referirse a los conceptos de salud que involucran el contexto social y la ciencia, dice: “Está claro que la transición de un significado a otro del concepto no se produce como un proceso de devenir lógico de una idea a otra, — como podría ser visto por un enfoque positivista de las ciencias— sino como expresión refleja del condicionamiento social, de las sociedades a la cual el conocimiento responde” [18, p. 7].

Lo cierto es que la discusión sobre la científicidad de la salud pública tampoco dista de la idea de *campo de conocimiento*, campo social entendido como espacio social y simbólico que tiende a especializarse en temas y aspectos de la vida social con cierta autonomía, concebidos como estructuras estructurantes, a la manera de Pierre Bourdieu, quien incluye en este campo la lucha por el poder, las relaciones de clase y el concepto de *habitus*<sup>†††</sup> [37;38, p. 57;39, p. 59]. En “Razones prácticas sobre la teoría de la acción”, Bourdieu plantea acerca del campo:

Por supuesto, no se trata en absoluto de negar la determinación específica que ejerce el espacio de las posibilidades, puesto que una de las funciones de la noción de campo relativamente autónomo, dotado de una historia propia, consiste en dar cuenta de la determinación; sin embargo no es posible tratar el orden cultural, el episteme, como un sistema totalmente autónomo: aunque sólo fuera porque ello significaría renunciar a la posibilidad de dar cuenta de los cambios que acontecen en este universo separado [...], sino los productos históricos de un tipo concreto de labor histórica ejecutada según las reglas y las regularidades específicas de este mundo social particular que es el campo científico [38, p. 57].

Por otro lado, esta discusión de científicidad no puede en ningún momento olvidarse del concepto de *transdisciplina*, que algunos le endilgan actualmente a la salud pública [1, p. 1; 27, pp. 199 y 125], pero

que apenas está en construcción en este campo, pues solo recientemente se da una interacción de múltiples disciplinas; es un proceso que avivamos cada día con la discusión interdisciplinaria (y de la transdisciplinarietà).

Sobre el concepto de transdisciplina visto como proceso, Almeida Filho propone: “más allá que una síntesis intraparadigmática en el ámbito de cada campo científico, he defendido [...] la necesidad de síntesis transdisciplinarias construidas en la práctica transitiva de los agentes científicos particulares que operan en el campo de la salud” [20, p. 140].

Pero, en todo caso, la discusión sobre la “cientificidad de la salud pública” debe partir de responder claramente a cuál ciencia se refiere la discusión. El debate no puede basarse solo en las preconcepciones de lo que entiende cada quien, replicando, justamente, el mismo positivismo en su racionalización, dado que muchas de ellas se han construido con base en ese racionalismo.

### La contradicción entre el sujeto y la estructura

Otro punto de tensión, quizá el más importante en este trasegar de la salud pública por diferentes disciplinas hasta la filosofía y la epistemología, es la contradicción entre Estado y sujeto, y entre la estructura social (las estructuras) y el sujeto. Es la contradicción entre quienes piensan que todo está determinado por el Estado y la estructura social (y como consecuencia, la práctica en la salud pública acontece desde esta instancia institucional), y quienes han considerado que son los individuos con sus particularidades y como sujetos pensantes los que pueden propiciar el cambio. En el primer caso se ha dado preeminencia a las acciones colectivas sin considerar la diversidad, en tanto que en el segundo se piensa que son esos actores particulares y sus formas de pensar las que se deben expresar en salud pública, desde las culturas, por ejemplo, dando posibilidades a un tipo de salud pública diferente a la convencional.

Fernando Peñaranda, en su artículo sobre la justicia y la salud pública, propone que “La concepción de salud desde una perspectiva de la justicia [...] requiere rescatar al sujeto en una relación dialéctica con la sociedad” [40, p. 98]. Y desarrolla más ampliamente esta contradicción entre sujeto y sociedad, al afirmar que “la justicia

<sup>†††</sup> En el mismo sentido, consideradas esas dos vertientes, la salud pública en su desarrollo se ha venido independizando de la medicina como la profesión del arte curativo, es decir, de la enfermedad en el individuo, y en el proceso de institucionalización la salud pública se viene distanciando del Estado.

<sup>†††</sup> El habitus como disposición [38, p. 16]. “A cada clase de posición corresponde una clase de habitus (o de aficiones) producidos por los condicionamientos sociales asociados a la condición correspondiente y, a través de estos habitus y de sus capacidades generativas, un conjunto sistemático de bienes y de propiedades, unidos entre sí por una afinidad de estilo. Una de las funciones de la noción de habitus estriba en dar cuenta de la unidad de estilo que une las prácticas y los bienes de un agente singular o de una clase de agentes [...]. El habitus es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas” [38, p. 19]. El *habitus*, como un *modus operandi* que lleva a organizar la práctica científica [39, p. 60-61]

social [...] tiene en consideración lo que le sucede a las personas y sus vidas y no solo la construcción de ideales institucionales, propuesta fecunda para rescatar el sujeto en la salud pública” [40, p. 101]. Es este un enfoque que recupera la dialéctica sujeto/sociedad, que nos pone de relieve esta aparente contradicción entre la estructura social y el sujeto, en desacuerdo con “las miradas dicotómicas de la realidad y la exclusión del sujeto y la subjetividad promovida por la visión moderna de la ciencia” [40, p. 101].

Por su parte, Breilh [34, p. 21] se refiere de manera crítica al *sujeto institucional*, cuando aborda el paradigma de los determinantes sociales: lo relaciona con el poder público y el de las agencias internacionales que se apoyan en las realizaciones técnicas (tipo metas del milenio) y proponen mejorar la gobernanza, para tratar de guardar la legitimidad del orden social, en el cual se unen el poder público (el Estado y las agencias internacionales) y las técnicas (la tecnocracia al servicio de ese poder), lo que reproduce las relaciones sociales imperantes, pero sin considerar lo que le sucede a las personas en sus reflexiones y en sus condiciones de vida.

Acerca de la relación entre sujeto y estructura, otros autores han encarado de manera más amplia esta discusión, ya no solo en el campo de la salud [40].<sup>§§§</sup> Al respecto, Lutz [41], de la Universidad de Chile, refiriéndose a las fuentes citadas al pie de esta página, dice:

A partir de ellas —o al margen de ellas en algunos pocos casos— los científicos sociales empezaron a elaborar interpretaciones propias de la relación del sujeto con las estructuras o mejor dicho, *en* las estructuras. En efecto, son más visibles y más influyentes las teorías en las cuales el individuo es un sujeto objetivado, un sujeto estructurado. Apresado por la tenaza estructural de la predestinación, el hombre no tiene otras opciones que la obediencia o la rebelión [41, p. 188].

Más adelante, Lutz expone algunos conceptos, resaltando otros autores, en lo que podríamos encontrar una perspectiva diferente, siguiendo la evolución de las teorías y la renovación social:

[...] los posestructuralistas (Foucault, Deleuze, Derrida, etc.) y los autores posmodernos (Lipovsky, Lyotard, Maffesoli, etc.) dejaron de contemplar las estructuras como condicionantes omnipotentes y siempre presentes, para considerarlas como vectores de sentido o no-sentido. Referirse al enfoque postestructuralista como el enfoque que resalta el *bricolage* del sujeto, es abordar al sujeto en función de su historia personal (la

psique como almacén de las experiencias vividas), de su historia económica (evolución de su posición dentro de la estructura capitalista), de su historia lingüística (aprendizaje y nivel de dominio del idioma), y también es abordar al sujeto a partir de su capacidad creativa para sortear las contingencias de la vida. El sujeto es un individuo objetivado [41, p. 188].

Este constituye un pequeño resumen de las concepciones estructuralistas y posestructuralistas que tienen gran influencia hoy en la salud pública, las cuales habrá que estudiar más a fondo y con sentido crítico, considerando también la crítica a las propias teorías críticas y a las concepciones posmodernas.

### **Sobre la tensión del capitalismo cognitivo y la universidad**

El tema “universidad y salud pública” estuvo signado por la amenaza a los salubristas, como a otros científicos sociales y políticos, al final de las décadas de los ochenta y noventa, debido al enfoque sociopolítico de la salud pública y su defensa de los derechos humanos en un momento de escalada de la violencia en Colombia, lo cual se sintió más de frente en la FNSP. El contexto, desde la perspectiva económica, estaba marcado por el auge del mercado y el retroceso del Estado y el achicamiento de lo público, situación que también afectó a las universidades, las cuales se vieron condicionadas en su accionar; y en salud, de manera especial afectó a las escuelas de salud pública de América Latina, entre ellas la FNSP de Colombia. En otro sentido, esta situación ha venido propiciando unas condiciones que han servido para involucrar a estas instituciones en el capitalismo cognitivo que discutimos a continuación.

De acuerdo con Arias [3], la FNSP ha pasado por varios momentos, según el desarrollo de la salud pública (los cuales son interpretados desde la perspectiva de este artículo): momento funcional (1970-1975), útil a las instituciones estatales y a organismos multilaterales; momento funcional con reflexión política y académica (1975-1980), cuando ya se empieza a debatir la salud pública desde un marco social más amplio y no solo pragmatista; momento de crisis institucional (1980-1986), agravado por la confrontación interna en la institución; el momento de reconciliación y muerte (1987-1989), que coincide con el asesinato de varios salubristas y de varios intelectuales en el país.

Es cierto que, durante las dos primeras etapas, la FNSP estuvo adjunta de manera funcional al Ministerio de Salud Nacional y a la OPS, como su brazo efector para

<sup>§§§</sup> Entre ellos, “Marx, Freud y Saussure en el caso de la antropología estructural [que] constituyeron las principales fuentes de referencia en las Ciencias Sociales y Humanidades durante gran parte del siglo XX. Si bien debemos admitir la influencia de otras fuentes como, por ejemplo, el evolucionismo en el funcionalismo, el positivismo en el pensamiento de Durkheim, y la sociología comprensiva de Weber en la obra de Talcott Parsons, no obstante, es una obligación reconocer el gran impacto ejercido en las Ciencias Sociales por las teorías de las estructuras económicas, estructuras de la psique, y estructuras del lenguaje. Dominaron, pero no fueron exclusivas” [41, p. 188].

la formación de recursos humanos. Pero a partir de los años noventa, la crisis general del Estado (distinta a la institucional referida a los años 1980-1986) y el ocaso de lo público la afectaron en términos organizacionales, conceptuales y epistemológicos, y la distanciaron del Ministerio y de la ops.

Y de ahí, ¿qué siguió? Se lee entre líneas de la tesis de Arias que lo que sigue es una fase condicionada por el neoliberalismo, que otros podríamos entender como de confrontación ideológica entre diversos actores internos y externos, subsumida por el debate más amplio entre Estado y mercado, desde los años noventa hasta muy entrado el siglo XXI.

Esta última tensión está dada por el *capitalismo cognitivo*, de lo cual no escapa la Universidad de Antioquia ni las escuelas de salud pública en América Latina. Dicha tensión está relacionada con la salud pública como ejercicio académico y como profesión, tensión que en Colombia ha tenido directas implicaciones en la invisibilización de los profesionales de la salud pública,<sup>\*\*\*\*</sup> más allá del impacto que podamos demostrar del capitalismo cognitivo sobre la salud y la educación universitaria.

Para entender la lógica del capitalismo cognitivo, bien podemos detenernos en el concepto *universidad-empresa*. Esta relación busca formar cuadros solo para el sistema productivo, especialistas profesionales de las áreas duras del conocimiento, dejando de lado la ciencias sociales y humanas (como sería el caso de la salud pública), disciplinas que vuelven a verse degradadas al final del siglo XX. Esta perspectiva explica también los incentivos eficientistas en la universidad, bajo el esquema de productividad impuesto en Colombia por Colciencias para la investigación y la producción científica, que ha sido asumido acríticamente por las universidades.

Todo ello tiene explicación en el contexto global y en la última fase de expansión del capitalismo. De nuevo nos referimos al globalismo económico, como bien lo advierten Montenegro y Pujol, quienes lo resumen así:

Los cambios a gran escala que se están sucediendo en el contexto global están permeando todas y cada una de las áreas de la vida contemporánea. El espacio universitario no está ajeno a estos cambios y también se está transformando de modo articulado con el pensamiento único, generando nuevas “culturas” relacionadas con la producción de conocimiento y la formación. [...] dejando poco espacio para la generación de pensamiento crítico que escape de la mercantilización galopante y creando diversas formas de subjetividad

acorde con los valores dominantes del capitalismo cognitivo [15, p. 139].

Más adelante, Montenegro y Pujol exponen, de manera acertada, el origen de esa concepción de universidad puesta al servicio de los intereses de la globalización que refrenda la etapa actual de la humanidad, en la cual, como en el caso de la Universidad de Antioquia, desaparecen los docentes y pululan los investigadores interesados sobre todo al intercambio académico internacional. La siguiente es una radiografía exacta de lo que pasa en todos lares:

La interdependencia de los Estados-nación en el contexto de la globalización hace que la misión de la universidad se internacionalice dentro de la era de la información. La sociedad del conocimiento introduce aspectos relacionados con la propiedad intelectual, la transferencia tecnológica o la importancia de la aplicación industrial del conocimiento que refuerza la importancia dada a la investigación por parte del modelo alemán de los siglos XIX y XX en un contexto en que la producción intelectual se economiza y se orienta hacia el mercado. La presión comercial sobre la institución universitaria y el establecimiento de organismos de coordinación y gobernanza universitaria supra-nacional tensiona[n] y pone[n] en peligro la tradicional autonomía universitaria y la localización del conocimiento producido [15, p. 140].

Es un sistema estructural que condiciona nuestra rutina diaria, nuestras relaciones universitarias, nuestros comportamientos laborales, nuestras concepciones intelectuales y, por qué no decirlo, nuestros afanes por el dinero, desde luego para resolver un problema de precariedad laboral al que nos ha sometido el mismo sistema de dominación estructural, del cual hace parte el capitalismo cognitivo. Pensemos en los (aparentemente) genuinos esfuerzos de la universidad pública en Colombia, caso Universidad de Antioquia y FNSP, por ejemplo, encaminados a mejorar la internacionalización, la investigación y la productividad en el conocimiento, sin sopesar los efectos colaterales. La universidad ha abandonado su función esencial, la docencia y la atención de los estudiantes, para centrarse más en la comunidad internacional, para ocuparse de las demandas del mercado, por una productividad mercantilizada (de conocimientos y procedimientos tecnológicos), que además se transfieren del sector público al sector privado. Para ello, el capitalismo cognitivo echa mano de un discurso motivador y seductor, enfocado hacia

<sup>\*\*\*\*</sup> Esto explica, por ejemplo, que nuestros profesionales de salud pública ni siquiera hayan sido reconocidos por el sistema educativo ni por la sala de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES) del Ministerio de Educación Nacional. Solo en la última década se ha logrado un cambio positivo al respecto, gracias a derechos de petición interpuestos por los propios afectados ante el Departamento Administrativo de la Función Pública en Colombia y por el esfuerzo del programa de gestión de los últimos decanos de la FNSP.



la innovación científica y tecnológica, la excelencia, basado en la competitividad y el crecimiento económico, justamente afianzando los valores propios de las relaciones sociales hegemónicas del sistema global (neoliberal) actual [15, p. 141].

No hay duda de que esto está pasando en nuestras universidades públicas y privadas, aun en países pobres que no han podido entrar en la Modernidad, que ni siquiera poseen un desarrollo capitalista propio, lo cual no es problema porque están inmersos en el capitalismo global.

## A manera de epílogo

Es necesario evaluar si las alternativas trazadas ante las sucesivas crisis sirvieron de algo o si pasamos por un nuevo fracaso, como aconteció con las políticas mundiales ya reseñadas, como “Salud para todos en el año 2000”, los “Objetivos de desarrollo del milenio” y los “Objetivos de desarrollo sostenible”, de los que esperamos su desenlace.

En este mismo contexto de las políticas globales, un nuevo enfoque sobre la salud se ha discutido desde 1986 o, quizá, un poco antes [42], que en alguna forma también le daba pautas a la ciencia y al nuevo desarrollo de las tecnologías sanitarias, logrando impregnar las corrientes de pensamiento en salud pública consideradas atrás, cada una a su manera. Se trata del enfoque de *promoción de la salud*, que se dio en el marco de la “Salud para todos”, el cual considera la salud como una parte de la vida, una dimensión de la calidad de vida, determinado por las creencias, la cultura, el marco social, económico y físico. Se basaba en tres mecanismos intrínsecos: “autocuidado, o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud” [43, p. 30].

Para muchos de los autores ya citados [1,2,42,43], la promoción de la salud ha significado una nueva lógica en el hacer de la salud pública, pero no ha logrado tampoco una praxis coherente y efectiva. En el momento actual se propone que se renueve, desde una perspectiva integracionista, considerando la equidad sanitaria, para lograr los “objetivos de desarrollo sostenible”. Hoy también se vuelve a enfatizar en el compromiso político de la “Salud para todos” (con nuevas etiquetas

como la “Salud universal”) y se propone abordar los determinantes sociales de la salud [44].<sup>††††</sup>

A pesar de la importancia de todas las políticas mencionadas, incluidas las de promoción de la salud, su recorrido no ha sido fácil, las falencias se han señalado insistentemente:

[...] la incapacidad de la salud pública de resolver las necesidades sociales, centrada más en lo técnico que en lo político; o por la insuficiencia de los modelos explicativos de tipo positivista y concepciones empírico analíticas, soslayando los modelos explicativos de las ciencias sociales en interacción con los de las ciencias naturales; por la práctica dirigida a los servicios de salud, basada en la enfermedad, en la curación y en la prevención, con un enfoque gerencial y económico de la atención sanitaria sin considerar verdaderos sistemas de salud; por acompañarse de modelos de salud internacional reduccionistas y medicalizados [45].

O sea que la salud pública, entendida como ese esfuerzo organizado de la sociedad por mejorar la salud de la población, no ha logrado su cometido. Se ha desfigurado en una concepción muy reduccionista, al asimilar salud pública con el enfoque de servicios y el de una institucionalidad muy débil, anclada en el aparato gubernamental. Quizá eso explique también por qué los salubristas colombianos dedicamos cerca de treinta años a enfilas nuestras energías contra el sistema de salud colombiano, aupado por la Ley 100 de 1993, que desarrolló la más acendrada reforma neoliberal impuesta en uno de los sectores sociales en América Latina, pero olvidando como colectivo investigar y profundizar en otras estrategias, basadas en un enfoque más amplio de la salud pública.

Entre tanto, la ciencia y la tecnología por sí mismas tampoco han servido para responder a los problemas sanitarios ni siquiera con los grandes avances de la genómica. Como se puede colegir, las soluciones no pasan por acrecentar el uso de estas tecnologías ni el de las llamadas “tecnologías apropiadas” desarrolladas por la comunidad, eslogan que se nos repitió insistentemente desde la atención primaria (Alma Ata 1978) [46] y de la propia promoción de la salud. No han faltado las críticas a Alma Ata y a algunas de estas tendencias por “las consecuencias de un mal manejo: una medicina elitista altamente tecnológica y de bajo impacto social, y un nivel de atención primaria, incluso por debajo de los niveles de acceso a tecnologías” [18].

<sup>††††</sup> De acuerdo con la declaración de Sahangha de 2016 sobre promoción de la salud: “Solo se puede garantizar una vida sana y mejorar el bienestar de todos en todas las edades promoviendo la salud en relación con todos los ODS e implicando al conjunto de la sociedad en el proceso de desarrollo sanitario. Las estrategias transformativas, prácticas, de elevado impacto y basadas en datos probatorios que se elaboraron tras la adopción de la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud nos sirven de guía. Confirmamos que siguen siendo pertinentes. Ello implica la necesidad de adoptar medidas de manera decidida respecto de todos los determinantes de la salud, empoderar a las personas para que tengan un mayor control sobre su salud y velar por que los sistemas de salud estén centrados en las personas” [44].

La “Declaración de Astana” [47], más recientemente, y la “Salud Universal” [48], formuladas como políticas globales, reaparecen a los 40 años de Alma Ata y de la “Salud para todos”, reformulando algunas de las estrategias, influenciadas, como las otras políticas, por esta lógica del mercado y de las restricciones sociales, que también sacuden el llamado paradigma de la promoción de la salud. Aunque arrastran la esperanza de que a través de ellas se pueda revitalizar la salud pública y que, con el compromiso de todos los países y de actores diversos, se pueda enfrentar la amenaza del globalismo (el capitalismo internacional). El V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global, celebrado en Medellín en noviembre de 2018, coincide en muchas de estas preocupaciones [49].<sup>\*\*\*\*</sup>

En conclusión: se espera que en el siglo XXI podamos hablar de la fuerza de una salud pública basada en la ética y en la acción política solidaria, propendiendo por la equidad global, la calidad de vida y la superación de las desigualdades sociales en el nivel territorial y en el espacio local.

De acuerdo con ello, se avizoran soluciones. Siguiendo a nuestros colegas de la FNSP,<sup>§§§§</sup> la viabilidad se consigue en el día a día, haciendo las transformaciones necesarias dentro de un nuevo enfoque. En él se vuelven centrales la ética, la cultura y la diversidad, al lado de la equidad: surgirán alternativas académicas, si mantenemos la interacción con disciplinas afines, en la vía de construir esa transdisciplina de la salud pública; si mantenemos el debate constructivo con las diversas corrientes de pensamiento dentro de la propia salud pública, la medicina social y la salud colectiva, pero también si mantenemos un diálogo con la epidemiología poblacional y la epidemiología clínica, por mencionar solo las mejor representadas en nuestro medio, en aparente contradicción con los enfoques de la medicina social, de la perspectiva crítica y de la determinación social.

Es imperativo avanzar en la profundización teórica con otras disciplinas afines, fundamentalmente las ciencias sociales y humanas, sobre temas comunes a la salud pública, como los nuevos significados del bienestar: buen vivir, bien vivir, etc. Mantener los debates incluyentes en los métodos, validando los instrumentos de la epidemiología poblacional, pero a su vez los avances de la investigación cualitativa y el rescate

de las culturas, las subjetividades e intersubjetividades. Se hace necesario incentivar la cultura de la diversidad; propiciar la interculturalidad, considerada en esa ambivalencia Estado-sujeto, entendiendo que, desde la otredad, ese diálogo intercultural le aporta a la salud pública desde los significados mismos del proceso salud-enfermedad, a partir de las vivencias y las alternativas de la base social. Se propende, además, por la renovación ética: por una ética más comprometida con la vida; una ética humana y social y ecológicamente sustentable; una ética plural en concepciones y alternativas, construida más desde abajo y menos desde las élites profesionales, es decir, una ética más pública, alejada de dominios e intereses privados de los particulares.

Así y todo, ante las dificultades planteadas y los desafíos que se nos imponen desde el medio y el entorno global, ante las limitaciones como consecuencia de la estructura dominante y de las vacilaciones de los profesionales de la salud pública, los salubristas tendríamos que decir al unísono con Abad Gómez, para viabilizar la salud pública: “[esta] ha sido la línea directriz que me ha permitido darle un sentido unitario a la vida; encontrar dentro de las actividades, aficiones y vivencias una dirección, una tendencia, un estilo que no ha permitido que mi personalidad se desintegre en inútil diletantismo o en peligrosos escepticismo” [50, p. 111].

## Agradecimientos

Agradezco a los profesores de la FNSP y al decano, quienes con su interacción participativa han coadyuvado con sus luces a este ensayo; en especial al doctor Samuel Arias, por el aporte que con su tesis doctoral le hace a este debate y al momento actual de la discusión en la Facultad; al doctor Román Restrepo, por entregar parte de su producción intelectual, aportando algunas líneas de discusión para este ensayo, de gran ayuda en la conclusión del mismo, es decir, para consolidar una propuesta alternativa a los puntos debatidos en estas páginas, propuesta apenas en construcción; y a Juan Fernando Saldarriaga Restrepo, por su revisión exhaustiva, metódica y comprometida para dar pautas consistentes a la rigurosidad técnica y argumentativa de este ensayo.

<sup>\*\*\*\*</sup> “Nos declaramos en contra de las concepciones minimalistas de la política global basada en ‘cobertura universal’ y estrategias similares como ‘acceso financiero a los servicios de salud’. Aunque desde la OPS se avanza en la propuesta de ‘Salud Universal’ de 2014 (incluyendo acceso y cobertura, financiamiento público y atención a determinantes sociales, en las dimensiones de la política), aún queda pendiente por resolver el problema estructural de sometimiento de los servicios de salud a los designios del mercado y las transferencias público - privadas que se convierten en obstáculo para el logro del derecho a la salud. En el mismo sentido nos preocupa la declaración de Astana (2018) sobre APS [atención primaria en salud] que redefine las orientaciones de Alma Ata (1978). La hegemonía neoliberal se sigue imponiendo a pesar de las buenas intenciones y el interés de corregir el rumbo por parte de Naciones Unidas y los actores académicos” (Declaración del V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global) [49].

<sup>§§§§</sup> Este enfoque es producto del diálogo con profesores e investigadores de la FNSP, en agosto de 2018, gracias a la iniciativa del decano de la institución, quien, en el marco de las efemérides de los salubristas fallecidos al final del siglo XX, propició este espacio de reflexión para avivar el foro “Salud pública y universidad” en la “Cátedra Héctor Abad Gómez”.

## Financiación

Recursos propios.

## Conflicto de interés

Ninguno.

## Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados son responsabilidad del autor y no de la institución de la Universidad de Antioquia, ni de la *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, ni de los profesores que participaron en su discusión.

## Referencias

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS [internet]; 1992 [consulta 2019 feb. 11]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/38203>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las funciones esenciales de la salud pública. En: OPS. Salud Pública en las Américas. Washington: OPS [internet]; 2000. pp. 59-73. [citado 2019 feb. 11]. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP\\_Salud\\_Publica\\_en\\_las\\_Americas.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf)
- Arias S. La epidemiología como campo transdisciplinar pertinente de la salud de las poblaciones. El caso de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 1970-2016 [tesis doctoral]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2018. pp. 132-3.
- Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012;11(22):27-41.
- Breilh J. Las tres “s” de la determinación de la vida y el triángulo de la política. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos R, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. pp. 88, 94.
- Franco-Giraldo A. La crisis actual y la salud. Población y Desarrollo. Santiago de Chile: Naciones Unidas [internet]; 2011 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7138/1/S1100079\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7138/1/S1100079_es.pdf)
- Iriarte C, Spinelli H. La cuestión sanitaria en el debate modernidad-posmodernidad. *Cad. Saúde Públ.* [internet]. 1994 [citado 2019 feb. 1]; 10(4):491-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a09.pdf>
- Beck U. Contribuyentes virtuales. En: Beck U. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona: Paidós [internet]; 1998 [citado 2018 dic. 1]. pp. 15-24. Disponible en: [https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1496/mod\\_resource/content/1/beckulrichqueeslaglobalizacion.pdf](https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1496/mod_resource/content/1/beckulrichqueeslaglobalizacion.pdf)
- Tirado I. La salud pública: una propuesta desde la complejidad y la transdisciplinariedad. *ODOUS Científica* [internet]. 2010 [citado 2018 dic. 1]; 11(2):42-55. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/odous-cientifica/articulo/la-salud-publica-una-propuesta-desde-la-complejidad-y-la-transdisciplinariedad>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Agenda 2030 para el desarrollo sostenible* [internet]; s. f. [citado 2019 feb. 2]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible>
- Krieger, N. Got theory? On the 21st c. CE rise of explicit use of epidemiologic theories of disease distribution: A review and ecosocial analysis. *Curr. Epidemiol. Rep.* [internet] 2014 [citado 2018 dic. 1]; 1(1):45. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40471-013-0001-1>
- García JC. Medicina y sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. *Educ. Méd. Salud*. 17(4);1983;363-97.
- Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac. Sanit.* 2008;22(3):280-86.
- Hülsmann JG. “Cómo usar el individualismo metodológico” [internet]; 2018 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://mises.org/es/wire/c%C3%B3mo-usar-el-individualismo-metodol%C3%B3gico>
- Montenegro Martínez M, Pujol Tarrès J. La fábrica de conocimientos: incorporación del capitalismo cognitivo en el contexto universitario. *Athenea Digital*. 2013;13(1):139-54. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v13n1.1031>
- Universidad de Antioquia (FNSP), et al. 25 de agosto, Día nacional del salubrista en Colombia. —Motivación para el lanzamiento y continuidad de esta iniciativa—. Medellín: FNSP; agosto 8 de 2018. p. 2. Boletín de prensa. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/75d1e032-211a-41f2-9862-8f1e6bc3e539/Bolet%C3%ADn+d%C3%ADa+de+l+salubrista+final+8+agosto.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mkv5Mv4&CVID=mkv5Mv4&CVID=mkv5Mv4>
- Segura A, Larizgoitia I, Benavides FG, Gómez L. La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac. Sanit.* [internet]. 2003 [citado 2018 dic. 1]; 17(S3):23-34. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2003.v17suppl3/23-34/> (citado diciembre 1 de 2018).
- Macías ME. Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud. *Rev Hum Med* [Internet]. 2001 [citado 2019 feb. 2]; 1(3):1-18. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202001000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000300003&lng=es).
- Morín E. *Ciencia con conciencia*. Barcelona: Anthropos; 1984.
- Almeida-Filho, N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva* [internet]. 2006 [citado 2019 feb. 15]; 2(2):123-46. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203>.
- Galimberti CI. La dialéctica local-global en la transformación de nuestros territorios contemporáneos. *GeoGraphos* [internet]. 2015 [citado 2018 dic. 1]; 6(74):30-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4959244>
- Pérez Álvarez D. La dialéctica global-local y sus manifestaciones políticas, económicas y sociales en las sociedades contemporáneas. *Vox Politikon*, [internet]. 2014, octubre 25 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://voxpolitikon.wordpress.com/2014/10/25/la-dialectica-global-local-y-sus-manifestaciones-politicas-economicas-y-sociales-en-las-sociedades-contemporaneas/>
- Scherecker T. Alcance global, profundidad local y el futuro de la equidad en salud. *Med. Soc.* 2012;7(2):113-20.
- Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. *Lancet* [internet]. 2014 [citado 2018 dic. 1]; 384(9954):1607-39.

- Disponible en: <https://www.thelancet.com/commissions/neglect-of-culture-in-health>.
25. Nils Fietje, Claudia Stein. Culture and health (Correspondence). *The Lancet* [internet]. 2015 [citado 2018 nov. 30]; 385(9968):601. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60226-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60226-4)
  26. Horton R, Beaglehole R, Bonita R, Raeburn J, McKee M, Wall S. From public to planetary health: A manifiesto. *Lancet* [internet]. 2014 [citado 2018 dic. 1]; 383(9920):847. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60409-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60409-8)
  27. Samaja JA. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004. pp. 90-91.
  28. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2002;12(2):128-36.
  29. Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Rev. Cubana Salud Pública* [internet]. 2004 [citado 2018 dic. 5]; 30(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es).
  30. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity (Editorial). *American Journal of Public Health, Supplement* 4. 2014;104(S4):S17-9.
  31. Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
  32. Franco-Giraldo A. Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(Supl 1):S73-S86.
  33. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica; 1981.
  34. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [internet]. 2013 [citado 2018 dic. 1]; 31(Supl. 1): S13-S27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
  35. Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009; 73(9679):1993-5.
  36. Franco-Giraldo A. Salud global: una visión latinoamericana. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2016;39(2):128-36.
  37. Cardona Á, Franco Á. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev. Fac. Nal. Salud Pública*. 2005;23(2):107-14.
  38. Bourdieu P. Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama [internet]; 1997 [citado 2019 feb. 1] Disponible en: <http://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Pr%C3%A1cticas.pdf>.
  39. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil [internet]; 1998 [citado 2019 feb. 1]. Disponible en: [http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU\\_Pierre.\\_O\\_poder\\_simb%C3%B3lico.pdf](http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU_Pierre._O_poder_simb%C3%B3lico.pdf).
  40. Peñaranda F. Salud pública y justicia social en el marco del debate determinantes-determinación social de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31 (Supl. 1): S91-S102.
  41. Lutz, B. Estructura y sujeto. Cinta Moebio [internet]. 2007 [citado 2018 dic. 1]; 29:155-66. p. 166. Disponible en: <http://www.moebio.uchile.cl/29/lutz.html>
  42. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf?ua=1>
  43. Epp J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la Salud. En: Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996. pp. 25-36.
  44. Organización Mundial de la Salud. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: “La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible” Shanghai (China) [internet], 21-24 de noviembre de 2016 (Ref: C.L.9.2016) [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/CL-9-2016-es.pdf>
  45. Franco-Giraldo A. Revisión de enfoques académicos en salud global: un marco analítico. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(9):1811-24.
  46. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978. Ginebra: OMS; 1978.
  47. World Health Organization. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Astana. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astana (Kazajistán) [internet], 25 y 26 de octubre de 2018 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gchp-declaration-sp.pdf>
  48. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Universal. Resolución CD53. R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, EUA [internet] 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 [citado 2018 dic. 1]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>.
  49. Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG). V Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global. Declaración de Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública, noviembre 14-16 de 2018, Medellín.
  50. Abad H. Pasado, presente y futuro de la salud pública (Conferencia en la Academia de Medicina, Medellín, 1969). En: Fundamentos éticos de la salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia, Rectoría, Corporación para la Educación y la Salud Pública Hécor Abad Gómez [internet]; 1987 [citado 2019 feb. 2]. pp. 111-30. Disponible en: [http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fea72810-e0f6-44f4-ba18-9d932411d04b/fundamentos\\_eticos\\_sp\\_hag.pdf?MOD=AJPERES](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/fea72810-e0f6-44f4-ba18-9d932411d04b/fundamentos_eticos_sp_hag.pdf?MOD=AJPERES).



## El Día Nacional del Salubrista. Notas acerca del reconocimiento de una praxis social necesaria\*

National Public Health Experts' Day. Notes regarding the acknowledgement of a necessary social practice

O Dia Nacional do Auxiliar da Saúde. Notas alusivas ao reconhecimento duma pratica social requisitada

Gabriel Jaime Otálvaro-Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PhD(c) en Salud Colectiva. Universidad de Antioquia. [jaimе.otalvaro@udea.edu.co](mailto:jaimе.otalvaro@udea.edu.co), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5110-7738>

---

Otálvaro GJ. El Día Nacional del Salubrista. Notas acerca del reconocimiento de una praxis social necesaria. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):29-33. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a05

---

La salud pública es una práctica social y un campo de saber que nació y se institucionalizó con la Modernidad, en la segunda mitad del siglo XVIII, en Europa Occidental [1]. La institucionalización de una práctica social es el resultado de un movimiento, social y político, tendiente a la regulación de esta y de los saberes disciplinares que la sustentan, mediante el cual surge o se resignifica un conjunto de instituciones jurídicas, políticas o administrativas, entendiendo las *instituciones* no solo como las organizaciones como tal, sino también las formas de organización, los dispositivos de análisis, las reglas de procedimiento, los paradigmas, las culturas y los saberes que las sostienen [3].

En el caso de la salud pública, la primera ley que conduce a su institucionalización se dio en Inglaterra hacia mediados del siglo XIX, en el año 1848 [4]. En Estados Unidos de Norteamérica, la Asociación Americana de Salud Pública (American Public Health Association) fue creada en 1872, y durante la segunda década del siglo XX fue creada la primera escuela de salud pública, con el auspicio de la Fundación Rockefeller, que

se caracterizó por una formación biomédica orientada hacia la investigación básica y estadística [2].

La creación de la primera escuela estadounidense tuvo una notable influencia en América Latina [2,5,6], mediante la orientación y creación de los primeros programas de formación técnica especializada, por la vía de la formación de los primeros investigadores y cuadros técnicos y por el desarrollo de campañas sanitarias contra enfermedades infecciosas en la región. Todo ello, amparado en la creciente influencia geopolítica de dicho país en Latinoamérica.

En Colombia, como en gran parte de los países latinoamericanos, durante la primera mitad del siglo XX se gestaron las condiciones materiales, políticas e ideológicas para la institucionalización de este nuevo campo profesional [2], que en el presente se desarrolla en un contexto de gran incertidumbre, producto de las reformas neoliberales realizadas en el país desde la década de los ochenta, que han redefinido el rol del Estado, y desde allí el sentido y el alcance de las políticas sociales y de la propia salud pública.

---

\* El 25 de agosto de 2018 se celebró, por primera vez en Colombia, el Día Nacional del Salubrista, por iniciativa de las directivas de la Facultad Nacional de Salud Pública y de la Asociación Colombiana de Salud Pública, a la que se sumaron diferentes instituciones gubernamentales, gremiales y sociales del país. Este texto recoge algunos planteamientos del documento de motivación de dicha iniciativa.

## Algunos hitos de la institucionalización de la salud pública en Colombia

El proceso de institucionalización de la salud pública se dio en el marco de la configuración del Estado nacional al final del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, en lo que algunos autores han identificado como el tránsito de la higiene a la salud pública en el país [7]. En ese período se presentaron hechos como: la creación de la Junta Central de Higiene (1886), que evolucionó a Consejo Superior de Sanidad (1913); la organización de leprocomios (1910); la creación de las Direcciones Departamentales de Higiene (1914); la fundación del Laboratorio Samper Martínez (1917), que once años después pasó a manos del Estado y se convirtió en el Laboratorio Nacional de Higiene, primera figura de lo que hoy conocemos como el Instituto Nacional de Salud; la realización de la primera campaña nacional contra una enfermedad transmisible, en este caso la uncinariasis (1920); la realización de la primera encuesta nacional de salud (1925), entre otros [2].

La creación de una institución de carácter nacional para el direccionamiento del sector salud se mantuvo entre ires y venires en diferentes instituciones gubernamentales, hasta la finalización de la primera mitad del siglo XX, momento en el cual logra un estatus autónomo. Dicho tránsito puede verse en la creación de la Dirección Nacional de Higiene, adscrita al Ministerio de Instrucción Pública en 1918, que en 1920 pasó al Ministerio de Agricultura y Comercio. En 1931 se convirtió en el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, ente autónomo vinculado directamente con la Presidencia de la República. En 1938 se creó el Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, en el marco del proceso de modernización capitalista que vivía el país. En 1946 se amplió la estructura sanitaria nacional y se creó el Ministerio de Higiene. En 1953 se transformó el Ministerio de Higiene en el Ministerio de Salud Pública [2].

La formación del personal y, con ello, de la capacidad para conducir los procesos sociales también fue preocupación del momento, que se concretó en hechos como la creación de la carrera administrativa de la higiene, en el país, en 1946, que constituyó un escalafón sanitario con el cual se reconoció el carácter especializado de este campo de trabajo profesional y se generaron condiciones ocupacionales favorables para la labor del salubrista. En 1948 se creó la Escuela Superior de Higiene, auspiciada por la Fundación Rockefeller hasta 1953 [8]. Para 1951, la Escuela se incorporó como dependencia de la Universidad Nacional de Colombia y formó a los primeros magísteres en Salud Pública del país, para trabajar en los cien distritos sanitarios conformados en el momento. En 1958 se transformó en

la Escuela Nacional de Salud Pública; en este mismo año se formó la Sociedad Antioqueña de Salud Pública [2].

Este breve resumen permite observar cómo, en la primera mitad del siglo XX, se consolidó la institucionalización de la salud pública en el país, mediante la definición y la ampliación de una estructura sanitaria desde la que se orientaron las decisiones técnicas del sector, se formaron los primeros cuadros técnicos especializados, se crearon las primeras instituciones para la formación especializada, se creó una primera asociación profesional y se consolidó el proceso de diferenciación profesional y desarrollo autónomo e independiente, especialmente respecto de la práctica médica [2].

El proceso de institucionalización se dio en un contexto de convergencia de sucesos históricos, como el surgimiento de una burguesía nacional agroexportadora preocupada por la salud de sus trabajadores y por generar condiciones productivas y sanitarias propicias para facilitar la exportación, que se alinearon con el interés de consolidación de la profesión médica. Ello cursó a la par del surgimiento de la teoría microbiana de finales del siglo XIX, de la aceleración del proceso de urbanización derivada del crecimiento industrial de la primera parte del siglo XX en América Latina, y de la creciente influencia estadounidense, tanto en aspectos políticos generales, como particulares al campo sanitario [7].

## El objeto de la salud pública y el reconocimiento del quehacer profesional

La *salud pública* puede ser entendida de manera muy diversa. Esta constituye un concepto de múltiples significados sociales [9], que son el producto de procesos históricos, en el que se reflejan las disputas por las ideas, acerca de la realidad y el curso de su posible transformación [10]; por tanto, la polisemia del término es el resultado de procesos políticos [9,10]. Así, entonces, este concepto puede entenderse como las condiciones de salud de la población (la salud de los públicos); como el campo de saber y hacer profesional de carácter multi (inter) disciplinar, cuyo objeto es el estudio de la salud colectiva, de las formas de comprenderla y abordarla en aras de procurar su mantenimiento, pero también como la respuesta social organizada a partir de la cual una sociedad enfrenta sus problemas sanitarios y socioepidemiológicos.

Sin duda, la salud pública constituye un marco de acción amplio y heterogéneo, orientado a la protección y la preservación de la salud de las poblaciones, en el que se articulan un conjunto de saberes y prácticas

especializadas, que se dan en estrecha relación con las políticas sociales y económicas de los Estados modernos.

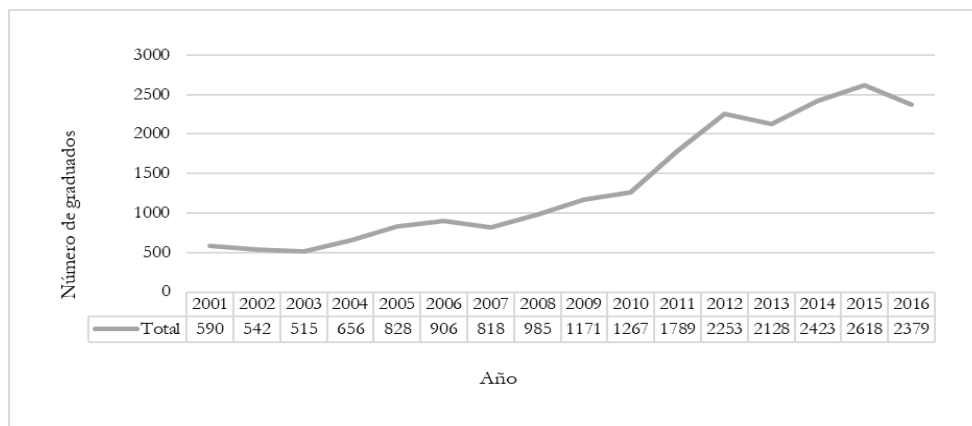
En el curso de su configuración histórica, de un quehacer eminentemente médico, se fue transitando hacia un saber y quehacer multiprofesional. Esto podría representar una ventaja potencial, en tanto posibilidad de creación transdisciplinar, por ejemplo, pero también constituir un desafío azaroso, ya que la acción profesional en el campo laboral es abierta y podría ser delegada en personal profesional de diferente formación disciplinar (tanto de profesiones clínicas como sociales o humanísticas), sin que necesariamente medie un proceso de formación específica en la materia (asunto común todavía en nuestro país).

El saber de esta praxis social es uno de naturaleza híbrida, que se produce en el cruce entre disciplinas de las ciencias de la salud y la vida, ambientales, jurídicas, naturales, sociales y humanas, cuestión que puede resultar útil para explicar la heterogeneidad de perspectivas y la misma dificultad de regulación en tanto profesión. Dicha situación suscita interrogantes entre los actores de esta práctica social y motiva la búsqueda de mecanismos de reconocimiento profesional.

Más allá de lo anterior, los interrogantes y las demandas profesionales devienen especialmente de la incertidumbre producida por los cambios sociales y políticos del final del siglo XX, en tanto ello configura el escenario específico en el que se desarrolla el quehacer del salubrista. Esto, porque en las décadas finales del siglo XX se dio un profundo proceso de transformación

del Estado, dentro de lo cual se reformó el conjunto de políticas sociales, incluida la de salud. Tales reformas estaban inscritas en la tendencia mundial de globalización neoliberal, que se orientaron hacia el fortalecimiento del mercado, con lo cual se generó un reacomodo de las relaciones entre Estado (como institucionalidad reguladora de la vida social) y Sociedad como un todo (mercado, familias, individuos), y cuyo resultado ha sido un debilitamiento estructural de la capacidad de regulación del Estado y, con ello, un deterioro de las condiciones de la salud pública en el país.

Paralelamente a este movimiento histórico de reconfiguración del campo de acción de la salud pública, y en consonancia con la tendencia de la política educativa nacional, ha ocurrido un crecimiento cuantitativo de oferta de programas de formación profesional y de los profesionales en el campo. De acuerdo con los datos oficiales del Sistema Nacional de Información de la Educación Superior [11], en la actualidad existen 299 programas activos de educación superior, 22,1 % en el nivel de pregrado y 77,9 % en el de posgrado. En el pregrado existen 49 programas de formación técnica y tecnológica, y 17 programas universitarios de formación profesional; mientras en el posgrado existen 176 programas de especialización universitaria, 50 programas de maestría y 5 doctorados. El número de graduados en los programas de posgrado, entre 2001 y 2016, en sus diferentes modalidades, fue de 21.868, siguiendo una tendencia de crecimiento progresivo a lo largo de los años [12] (véase figura 1).



**Figura 1.** Graduados de programas de posgrados en el campo de la salud pública, Colombia, 2001-2016.

Fuente: [12].

Pero no solo han crecido los programas de formación profesional y de graduados; también los grupos de investigación del campo de la salud pública se han fortalecido y tienen una producción científica sostenida, que se divulga en las revistas especializadas del país y del mundo. Asimismo, se han creado nuevos

espacios de organización gremial, como la Asociación de Egresados de la Facultad Nacional de Salud Pública en 1999, la Academia Colombiana de Salud Pública en 2010 y la Asociación Colombiana de Salud Pública, que se constituyó en 2016.

Resulta paradójico constatar, entonces, que mientras crece el número de profesionales y de instituciones formadoras, se presenta un detrimento de la salud pública en el país. De ahí que sea relevante la pregunta por el rol del salubrista en este momento histórico específico, y también aquella por su reconocimiento profesional, esperando que ello impulse y redunde en el mejoramiento de las condiciones de salud pública de la población.

El escenario de la praxis profesional del salubrista en Colombia durante el siglo XXI resulta de alto nivel de complejidad, dadas las contradicciones en que se despliega. Tal vez la más relevante sea la notoria contradicción entre la lógica estructurante del sistema de salud y su consecuente arreglo institucional, que contrasta abiertamente con el discurso jurídico-político, que reconoce la salud como un derecho fundamental y autónomo [13].\* Este último discurso es un marco de ideas amplio y sugerente, cuya principal barrera es un campo institucional constreñido, en el que la salud pública está subordinada a la lógica del mercado del aseguramiento.

Alrededor de la contradicción enunciada se configuran las condiciones de posibilidad que retan y señalan los desafíos de la praxis del salubrista del presente, que, sin duda, exigen repensar las estrategias y capacidades organizativas para sacarlos adelante. Constituyen retos de gran envergadura histórica: 1) la reorientación del sistema de salud hacia uno que garantice el derecho a la salud con universalidad del acceso a los servicios de salud, la integralidad de la atención sanitaria y del abordaje de la salud colectiva, la equidad en los resultados sanitarios y sea posibilitador de una autónoma participación ciudadana en las decisiones relacionadas con la salud; y 2) el desarrollo de políticas públicas orientadas a la disminución de las desigualdades sociales y la construcción de equidad, a propiciar la reconciliación y convivencia pacífica, y a alcanzar la sustentabilidad ambiental.

Además de estos asuntos macro, una variedad de temas, en apariencia menores, pero igualmente relevantes, dan cuenta de una amplia agenda pendiente en el propósito de lograr el reconocimiento profesional. Uno de los más paradigmáticos resulta ser la ausencia de reconocimiento formal, por las autoridades gubernamentales, a programas académicos de formación profesional universitaria del campo de la salud pública, que son ubicados y clasificados

en áreas de conocimiento del campo de la administración y la economía (por ejemplo, los programas de formación de pregrado de la Facultad Nacional de Salud Pública, como la Gerencia de Sistemas de Información en Salud, la Administración en Salud, la Administración Sanitaria y Ambiental, etc.); o la inhabilidad, para profesionales salubristas no médicos, que aún existe para ocupar ciertos cargos directivos en instituciones del sector; o la equivocada adaptación, para el país, de la clasificación normalizada de campos de la educación y la formación que realiza el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, al ubicar la salud pública como un subcampo de la medicina [17].

## Celebrar y conmemorar la praxis y sus sujetos

La corta, pero prolija historia de conformación de este campo profesional motivó la generación de una propuesta para celebrar el Día Nacional del Salubrista, para reconocer el quehacer ya no la de una disciplina, sino la de los actores vinculados a una praxis social que articula un variado conjunto de disciplinas de todas las ciencias del conocimiento y se encuentran en la acción, en el propósito de preservar la vida, proteger la salud de los grupos humanos y elevar las posibilidades para su disfrute.

Instaurar un día conmemorativo tiene como objetivo exaltar la vida de los sujetos de la praxis, promover memoria histórica en torno a su devenir, fortalecer vínculos, reconocer experiencias y fortalecer la movilización social por el derecho a la salud en el país.

Para ello, se propuso celebrar el Día Nacional del Salubrista el 25 de agosto de cada año, día marcado por la tragedia de la violencia en el país, en el que fue asesinado Héctor Abad Gómez en 1987, eminente salubrista que dejó huella imborrable en Colombia y América Latina. Es este un día para evocar la memoria y el legado de los pioneros, pero también para transformar el dolor de dicha efeméride en una conmemoración del compromiso por la vida, y reconocer y posicionar el valor de una práctica social que desde diversos lugares aporta día a día en la construcción de justicia, equidad y democracia en nuestro país.†

\* En otras palabras, el sistema de salud fue definido basado en un criterio de libre mercado, esencialmente a partir de la Ley 100 de 1993 [14]. Ni allí ni en la Constitución Política de 1991 [15] la salud fue reconocida como un derecho humano fundamental. Posteriormente, a partir de sentencias de la Corte (ej. T-760/2008 [16]) y producto de la presión social, se logró que el ordenamiento jurídico-político reconozca la salud como derecho humano fundamental, por lo menos en lo formal. El proceso entre 2008 y 2015 tiene diferentes providencias jurídicas, que luego se afirman con la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) [13]. Sin embargo, este reconocimiento formal aún no logra cambiar las reglas de juego ni la organización del sistema de salud.

† La celebración del Día Nacional del Salubrista de 2018 se realizó con múltiples eventos académicos y sociales en diferentes ciudades del país. En la prensa escrita y digital se guarda registro histórico del mismo.



## Agradecimientos

Al profesor José Pablo Escobar Vasco, decano de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia; a Luis Hernando Nieto Enciso, presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública, y a José Pablo Velásquez Escobar, profesor de la Facultad Nacional de Salud Pública, quienes entraron en diálogo con el texto motivador de la iniciativa e hicieron aportes a la versión oficial de la celebración.

## Financiación

Recursos propios.

## Conflicto de interés

Ninguno.

## Declaración de responsabilidad

El autor declara que los puntos de vista expresados es responsabilidad del autor y no de la institución en la que trabajan.

## Referencias

- Almeida-Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuad. Méd. Soc. [internet]. 1999 [citado 2018 nov. 26]; 75:5-30. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6060>
- Eslava JC. Buscando el reconocimiento profesional: la salud pública en Colombia, en la primera mitad del siglo xx. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
- Roth Deubel AN. Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos. En: Roth Deubel AN, editor. Enfoques para el análisis de políticas pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- Cardona Á. 150 años de la primera ley de salud pública en el mundo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet]. 1999 [citado 2018 nov. 26]; 16(2):68-81. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/13402/11990>
- Leavell H. La escuela de salud pública y la salud internacional. Boletín Ofic. Sanit. Panam. [internet]. 1963; [citado 2018 nov. 25]; 54(2):132-9. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v54n2p132.pdf>
- Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Cardona A, coordinador. Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores; 1992.
- Quevedo E, Borda C, Eslava JC, *et al.* Café y gusanos, mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
- Universidad Nacional de Colombia. Escuela Superior de Higiene. Anuario de la Universidad Nacional de Colombia (1939-1954) [internet]. 1954 [citado 2018 nov. 26]; 131-4. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anuarioun/article/view/12774>
- Gómez RD. La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet]. 2002 [citado 2018 nov. 26]; 20(1):101-16. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/871>
- Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. En: Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud: documento para la discusión. México: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 2008.
- Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). Módulo Consultas [internet]. 2018 [citado 2018 nov. 25]; Disponible en: <https://snies.mineduacion.gov.co/consultasnies/programa#>
- Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Observatorio laboral para la educación [internet]. 2018 [citado 2018 nov. 25]. Disponible en: <http://bi.mineduacion.gov.co:8380/eportal/web/men-observatorio-laboral/ubicacion-geografica>
- Colombia, Congreso de la Republica. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (2015 feb. 16).
- Colombia, Congreso de la República. Ley 100, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (1993 dic. 23).
- Colombia, Asamblea General Constituyente. Constitución Política de Colombia (1991 jul. 20).
- Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760/08 (2008 jul. 31).
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Clasificación internacional normalizada de la Educación. Campos de educación y formación adaptada para Colombia (CINE-F 2013 A.C.). Bogotá, D.C., Colombia: DANE [internet]; 2018 [citado 2018 dic. 21]; p. 93. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/sen/normatividad/CINE-F-2013-AC.pdf>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
 Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

# La salud pública, la Facultad y el Día del Salubrista

Public health, the Faculty and the Public Health Day

Saúde pública, a faculdade e o dia da saúde pública

Álvaro Casas Orrego<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PhD en Historia de América. Universidad de Antioquia. alvaro.casas@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6550-9877>

Recibido: 27/09/2018. Aprobado: 14/10/2018. Publicado: 30/01/2019

---

Casas A. La salud pública, la Facultad y el Día del Salubrista. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):34-35. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a06

---

Durante toda mi práctica tanto en Europa como en América, África o Asia he comprobado que lo más provechoso era aplicar un abordamiento histórico a los problemas. Cada situación que descubrimos es siempre el resultado de desarrollos y tendencias históricas definidas. Conocerlas y tenerlas en cuenta nos predispondrá a actuar con mayor inteligencia

Henry Sigerist, 1956

Recién hemos instituido, a nivel nacional, el “Día del Salubrista”, en la fecha del 25 de agosto, un homenaje y una memoria perenne a nuestros profesores que hace más de medio siglo libraron combates por la salud de las poblaciones en condiciones de equidad y justicia social. Esta no debe convertirse en una fecha más de efemérides, sino en un motivo para la reflexión constante de nuestros postulados y nuestro compromiso social con la salud pública.

En este sentido, la defensa de lo público y del papel ineludible del Estado respecto a la salud de la población estará alejada de ser una utopía hipercrítica que se resiste sin más a la “dinámica del mercado”, la que se suele representar como un asunto de “alta calidad”, como “programa de excelencia” o proyectos “autosostenibles”. La salud de las poblaciones y la misión práctica del salubrista deben constituir factor determinante frente a la administración y la gerencia, del mismo modo en que se reconoce que, en la universidad pública, la administración debe ponerse al servicio de la academia y no al contrario.

La consecuencia de esta tendencia de predominio de los actos administrativos, técnicos y gerenciales sobre las proposiciones y la práctica del salubrista se manifiesta en el incremento de componentes administrativos y biomédicos, y en la disminución notoria, en el currículo de los programas de pregrado de la Facultad Nacional de Salud Públicas, de los factores humanos y la crítica social como aspectos determinantes de la salud pública, cuya comprensión solo es inteligible en la perspectiva del análisis histórico.

La crítica, casi institucional, acerca de ciertas políticas de Estado, como la Ley 100, parece solo discursiva, pues en la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) persiste, a todas luces, una fuerte tendencia a producir los cuadros de base, los técnicos y los profesionales que son absorbidos por las empresas privadas o por entes públicos, que han hecho de los servicios de salud una mercancía que se vende *per cápita* por encima del fundamental y humano derecho a la salud. En estas condiciones, todo esfuerzo de aportación de la salud pública, en tanto campo de saber, para lograr los propósitos de una institucionalidad en la

que la solución de viejos y nuevos problemas de la salud de las poblaciones se rija por los valores de los derechos humanos, la equidad y la justicia social, será, por decir lo menos, insustancial.

Se hace necesario, hoy más que ayer, una renovación curricular que implique la transversalidad de los factores sociocríticos y humanísticos, los cuales son fundamentales en la construcción de un nuevo campo social para la salud pública y para el salubrista como el profesional llamado a su práctica y permanente reflexión conceptual.

Las nociones de “salud pública”, en tanto que campo de saber, y la de “salubrista”, como profesional de la salud pública, consideradas metafísicamente, como nociones dadas, en las que ya nadie piensa al amparo de las dinámicas del mercado laboral de nuestros egresados, demandan ahora su constante revisión en la perspectiva de una dinámica histórica.

La caracterización del salubrista será la primera tarea en la fundamentación de una perspectiva analítica disciplinar en salud pública, que resista la ruptura del campo y la historia en la que se produce la creación de la Escuela Nacional de Salud Pública —hace más de cincuenta años—, y que reconozca las formas actuales del discurso y la práctica de la salud pública.

En este sentido, vale problematizar con cuestiones como: ¿qué es la salud pública? ¿Cuáles deben ser las características misionales del salubrista? ¿Quién es el profesional de la salud pública? ¿Qué competencias y que espacios de determinación se pueden reconocer a la administración y la gerencia en el campo de la salud pública? y ¿Qué competencia y que espacio debe asumir ese salubrista en el campo de la salud pública?

La indagación sobre estas y otras cuestiones importantes para la salud pública y para el salubrista hará la diferencia entre un “salubrista” cuya representación profesional y corporativa se define según la tendencia del interés económico hegemónico a nivel internacional, representado hoy en el neoliberalismo, y un salubrista comprometido socialmente con una misión fundamental, que no puede ser otra que el objeto de la salud pública, “la salud de las poblaciones”. Las actividades de promoción de la salud, en condiciones de la garantía de los derechos humanos, la equidad y la justicia social, podrían ponerse en inminente riesgo, dependiendo de la perspectiva de

orientación de formación del profesional salubrista a la que le apueste hoy el colectivo de profesores de la FNSP.

Los esquemas de formación en Salud Pública parecen presentar una fragilidad en su formulación, situación que quizá también pueda observarse en los procesos formativos de otras disciplinas profesionales.

El mapa estructural del currículo en los programas de pregrado de la FNSP tiene el sello de una fórmula diseñada de manera autónoma por cada uno de los programas. Esta génesis estructural parece ajena a la formación de un tronco académico común a todo propósito de formación profesional en salud pública, por excelencia del salubrista. La tarea de definir el perfil básico del tipo de salubrista profesional, corresponde al colectivo de profesores de la Facultad, y la *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública* debe desempeñar en esto un papel orientador en el despliegue disciplinar en la FNSP.

La *Revista* debe enfrentar el reto de servir al propósito de precisar la naturaleza, el valor y el objeto de la Salud Pública y, en este sentido, paginar la investigación, la extensión, como muy bien se ha hecho; pero también difundir la experiencia docente, el análisis y los debates que sean necesarios reconocer en la comunidad académica de la salud pública, para que los ejes misionales de la universidad pública coincidan en el propósito formativo de un nuevo profesional salubrista a partir de los diferentes programas de pregrado orientados por un tronco común, desde luego muy cercano a las humanidades, las ciencias sociales y el espíritu crítico.

El plan de estudios debería tener cursos básicos y electivos en los que la filosofía, la ética, la historia, la sociología, la antropología y el trabajo social contribuyan significativamente en la formación de un profesional comprometido con las metas de contribuir con la salud de las poblaciones en condiciones de equidad, derechos humanos y justicia social. La Facultad y sus programas básicos de pregrado deberían apreciarse más cercanos a lo social, que a la administración. Los determinantes económicos, políticos, humanos y sociales deben asumirse en su historicidad, como la mejor forma de comprender las condiciones históricas de la manera como nuestros gobernantes y nosotros mismos hemos atendido la solución de problemas de la salud de las poblaciones y el modo como debemos enfrentarlos hoy, pensando en el futuro.



# Homenaje

A los profesores, estudiantes y egresados de la Universidad de Antioquia fallecidos:

Maria Teresa Uribe de Hincapié, socióloga, magister en planeación urbana, doctora en ciencias sociales, docente de la Universidad de Antioquia y su esposo Guillermo Hincapié Orozco, ingeniero y exalcalde de Medellín.

Robert VH Dover, antropólogo, magister y doctor, docente de la Universidad de Antioquia.

Billy Paola Quintero estudiante de administración en salud de la Facultad Nacional de Salud Pública a “Héctor Abad Gómez”

Carlos Mario Peña Jaramillo egresado de la Universidad de Antioquia, su esposa Soraida Delgado y sus dos hijas Manuela y Juliana.

## Canción de hadas (fragmento)

Ahora el silencio  
un silencio duro, sin manantiales,  
sin retamas, sin frescura,  
un silencio que persiste y se ahonda  
aun detrás del estrépito  
de las ciudades que se derrumban.  
Y las hadas se pudren en los estanques muertos  
entre algas y hojas secas  
y malezas,  
o se han transformado en trajes de seda  
abandonados en viejos armarios que se quejan,  
trajes que lucieron ciñéndose a la locura de las danzas  
entre luces y músicas.

*Aurelio Arturo*

Aurelio Arturo. Canción de hadas. Eco 1963; 4 (40): 264-274.



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

---

# Asesinato de Héctor Abad Gómez

*Septiembre 4 de 1987*

Se acabaron los sueños. Este plomo que rompió el corazón de Héctor Abad Gómez me rompió, del mismo golpe, la patria. Es una sensación amarga, que sobrepasa el dolor. Por ese plomo ya no tengo patria. Porque la patria es algo más que un territorio y es algo más que un pasaporte: la patria es un sueño. Ese que se empezó a edificar allá en la adolescencia junto a compañeros como Héctor Abad Gómez. Nunca el afán de sumar cosas o bolsas, sino el afán de la justicia: ese dolor de los pobres y de los humildes y de los desheredados y de los desposeídos y de los maltratados y de los vejados y de los relegados y de los marinados del gran banquete de la vida, era el impulso de ese sueño. Que para ellos, y para todos por igual, se diera algo tan simple como la justicia. Era lo que sustentaba el sueño de la patria. Nuestro clamor, desde esas ilusiones y luchas de la juventud (cuando el sueño es tan entero), era algo que ni siquiera requería de una etiqueta o de un cartel: el pan para todos. Y así era la patria ensoñada: un espacio y un cielo donde el pan fuera universal y el techo cubriera todos los fríos. Por eso digo que la patria es un sueño. Ese del pan igual. Ese de la justicia. Porque sin la justicia la patria se esfuma y se desgarrá. Y nosotros la soñábamos entera. Y ese sueño, ese único sueño, fue siempre nuestro impulso. Nunca el odio: siempre el amor. Por ellos, por los humildes, para que accedieran al pan y a la esperanza.

Puedo jurar (lo sé en el corazón) que nunca nos ocupó el odio. Que a Héctor Abad Gómez nunca lo movió ni la hiel ni el odio. Bien sabía que el reparto desigual de los bienes del hombre no es obra de un destino ineluctable, sino producto de una apropiación o de un despojo: desigualdad impuesta por los hombres. Y había que corregirla para sí realizar aquel sueño de la patria. Pero nunca, hacia los detentadores de la riqueza de los hombres, el dardo del odio. Teníamos confianza en la palabra que dice la justicia. Una fe ciega (que ahora se ve ingenua) en el poder de la razón, vehículo de la palabra. Nunca el odio. Porque sabíamos que el odio es la antesala de la muerte, y nuestro clamor fue siempre por la vida. Quizás haya sido un clamor en el desierto. Pero se mantenía la convicción íntima de que el clamor de la palabra por la justicia algún día sería escuchado, ablandando el corazón de los poderosos. Para que el reparto del pan en el banquete fuese de nuevo una fiesta y no un arrebato. No queríamos ni sabíamos arrancar el pan a punta de pistola. Nunca supimos de armas. Creíamos que la palabra que dice la justicia sería un día, por sí sola, refulgente. A veces, o siempre, ante el dolor del desposeído, ante la injusticia lacerante, se arrugaba el corazón y se desenvolvía en un gesto de ira: la ira santa contra los mercaderes del templo. Pero nunca el plomo. Nunca el odio. Nunca la muerte. Siempre la patria, el sueño y la justicia. Porque la palabra que dice razón de justicia era el soporte de nuestro sueño. Y siempre la incitación al amor. Soñando, siempre soñando, que al fin de los corazones endurecidos serían dulcificados por el amor.

No servimos para otro combate que éste del clamor por la justicia. Ni conocemos otra arma que la palabra que la dice y la reclama. Héctor Abad Gómez era el más soñador entre los nuestros. Porque su fe seguía siendo ciega, aunque ya de cerca aullaban los lobos. Y a veces nos asombraba la fortaleza de su ilusión. Ahora se, de algún modo secreto, que esa ilusión suya era la que mantenía el sueño de la patria.

Ahora, roto el sueño, se esfuma la patria. Porque con el viejo compañero se ha ido el soporte del sueño. Y queda uno, no ya sin caminos, sino sin rumbo. Más esta desazón por la inutilidad de la palabra, que era nuestro único recurso. Ni siquiera eso nos queda. Porque la palabra ha sido aniquilada por el plomo.

Hay un exilio pero que el de las fronteras: es el exilio del corazón.

*Alberto Aguirre*

Reproducido con autorización:

Alberto Aguirre. El arte de disentir: columnas. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2014. p. 76-77.

DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a07



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

# Recordando el “Programa de Familia” de 1954 de la Universidad de Antioquia

Remembrance of the 1954 Universidad de Antioquia “family program”

Relembrando o “Programa da Família” do ano 1954 na Universidade de Antioquia

Guillermo Restrepo-Chavarriga<sup>1</sup>; Juan Carlos González-Quiñones<sup>2</sup>; Martha Isabel Sarmiento-Osorio;<sup>3</sup> Alonso Belalcázar-Urrea<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médico cirujano. Magíster en Salud Pública. Profesor Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Colombia. guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0002-0354-8739>

<sup>2</sup> MD. Especialista en Medicina Integral Familiar. Magíster en Salud Pública. Profesor Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Colombia. juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0001-8396-9893>

<sup>3</sup> Comunicadora social. Asesora Facultad de Educación Fundación Universitaria Juan N. Corpas. martha.sarmiento@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0002-9188-9313>

<sup>4</sup> Médico cirujano. Magíster en Salud Pública. Colombia. Profesor Fundación Universitaria Juan N. Corpas. alonso.belalcazar@juanncorpas.edu.co, <https://orcid.org/0000-0001-7720-0201>

Recibido: 24/08/2016. Aprobado: 13/12/2018. Publicado: 31/01/2019

---

Restrepo-Chavarriga G, González-Quiñones JC, Sarmiento-Osorio MI, Belalcázar-Urrea A. Recordando el “Programa de Familia” de 1954 de la Universidad de Antioquia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):38-43. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a08

---

## Resumen

El objetivo de este artículo es presentar el “Programa de Familia”, que se estableció en 1954 en Colombia para la enseñanza de la Medicina Familiar en la educación médica. Este programa cumplió dos objetivos en la Universidad de Antioquia: el primero, haber realizado la docencia médica, tradicionalmente hospitalaria, en campos de práctica familiar y comunitaria; y el segundo, la elección y la aplicación de un modelo familiar con un enfoque fundamentalmente social.

La experiencia del “Programa de Familia”, narrada por un actor directo de la experiencia, primero como estudiante y luego como profesor, sirve como referente para programas en ambientes comunitarios, tan necesarios en la actualidad para impulsar una nueva transformación de la educación médica colombiana.

-----*Palabras clave:* educación médica, medicina familiar y comunitaria, facultades de Medicina

---

## Abstract

The objective of this article is to present the "family program", established in Colombia in 1954 to teach Family Medicine in medical education. This program fulfilled two objectives at Universidad de Antioquia: the first was to have conducted medical teaching, which was traditionally hospital medicine, in the fields of community and family practice. The second was the election and application of a family model with a fundamentally social approach. The experience of the "family

program", as told by a direct actor of the experience, first as a student and then as a professor is a reference for programs implemented in community environments, which are currently essential to promote a new transformation in Colombian medical education.

-----*Keywords:* medical education, family and Community medicine, Faculties of Medicine

## Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar o "Programa de Família", que se estabeleceu em 1954 na Colômbia pro ensinamento da Medicina Familiar na educação médica. Este programa atingiu dois objetivos na Universidade de Antioquia: o primeiro, ter cumprido com a docência médica, costumeiramente hospitalar, nas áreas de prática familiar e comunitária; e o segundo, a escolha e a aplicação dum modelo familiar com um foco essencialmente social. O experiencial do "Programa de

Família", relatado por um ator direto da experiência, primeiro como estudante e após como professor, serve como referência para programas nos ambientes comunitários, tão requisitados na atualidade pra promoção duma nova mudança na educação médica colombiana.

-----*Palavras-chave:* educação médica, medicina familiar e comunitária, faculdades de Medicina

## Introducción

A comienzos del siglo pasado, el "Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching", conocido como "Informe Flexner" [1], modernizó la educación médica en Norteamérica y luego, mediante la exportación de misiones médicas a distintos países latinoamericanos, fue generando una profunda transformación en la educación médica en el continente, consistente en adicionar, a la medicina anatomoclínica, la etiopatológica y la fisiopatológica, administradas por los departamentos creados en los hospitales universitarios. Colombia no fue ajena a ello.

Hacia la década de los cincuenta del siglo xx, dos programas de Medicina fueron influenciados poderosamente por dicho informe. Antioquia, por medio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, recibió varias misiones médicas financiadas, entre otras, por las reconocidas fundaciones estadounidenses Kellogg y Rockefeller. Estas misiones, junto con el regreso de numerosos médicos formados bajo el influjo norteamericano, dieron pie al proceso de transformación de las facultades de Medicina [2], primero en Antioquia, y casi de forma consecutiva en el Valle.

En contraposición a este enfoque flexneriano, en ambas facultades se diseñaron y desarrollaron los Departamentos de Medicina Preventiva, los que

propusieron abrir nuevos escenarios para la formación médica distintos al hospitalario, a través de lo que denominaron "Programas de Familia" o de "Medicina Familiar", que se efectuaron en el corazón de algunos de los barrios marginales de las respectivas ciudades donde estaban ubicadas sus sedes. Estos programas, al acudir al ambiente comunitario biopsicosocial, rompieron los paradigmas dominantes de ese momento (el ambiente hospitalario), respecto a la forma como deberían aprender los futuros médicos.

Tales propuestas y sus desarrollos pueden servir como modelos para buscar alternativas que enfrenten la prolongada crisis actual del sistema de salud del país [3,4], creyendo clave el impactar a los futuros médicos con el reconocimiento del ejercicio médico en ambientes comunitarios [5], indispensables para la implementación de la Ley Estatutaria [6] a través de la "Política de Atención Integral en Salud" [7].

Este artículo expone los recuerdos del Dr. Guillermo Restrepo, quien vivió la experiencia de la implementación del "Programa de Familia" en Antioquia durante la década de los cincuenta, con la convicción de su utilidad para la necesaria transformación de nuestro modelo de salud [6,7]. Aunque puede estar presente el sesgo del recuerdo en la exactitud de los eventos, esto no altera la reflexión que se hace sobre la importancia de aprender a ejercer en ambientes comunitarios [8] y, en particular, al interior de las familias, buscando proveerles el máximo de salud posible con los recursos existentes [9].

## El programa en Antioquia y Cali

Cronológicamente, el modelo de Antioquia empezó a funcionar en 1954 [10], y el de Cali, en 1956 [11,12], teniendo como poblaciones objeto familias ubicadas en barrios marginales, (Castilla, en Medellín, y Siloé, en Cali). Se diferenciaron en que, mientras en la Universidad de Antioquia prevaleció un enfoque predominantemente social —quizá por la orientación de su principal promotor, el doctor Héctor Abad Gómez [2]—, la prelación de la Universidad del Valle fue epidemiológica, de seguro por la visión de su principal organizador, el doctor Santiago Rengifo [12].

El doctor Ignacio Vélez Escobar, como decano transformador [10], ofreció al doctor Abad Gómez, recién llegado de la Universidad de Minnesota, la creación del Departamento de Medicina Social en la Universidad de Antioquia, quien concibió de forma inmediata, y como clave, la implementación de una práctica, en cuarto semestre, en uno de los barrios marginales de la ciudad de Medellín, así como el abrir un campo de práctica rural en el municipio aledaño de Santo Domingo.

Así relató el doctor Vélez Escobar el comienzo de este programa: “Iniciamos su ejecución, gracias a la colaboración de la Secretaría de Higiene Municipal, en el centro de salud del Barrio Castilla, en ese entonces un barrio de invasión, carente de servicios públicos. A cada alumno se le adjudicaron cinco familias para su estudio y seguimiento médico. Los alumnos respondieron a esta nueva actividad con gran entusiasmo y gran compromiso” [10, pp. 51-52].

Fue el primer programa de práctica extramural de medicina diseñado en la Universidad de Antioquia (y, probablemente, el primero del país), inaugurado en 1954, con una duración de tres años.

## La metodología del programa en Antioquia en la ciudad

Lo sorprendente fue la sencillez de la metodología de su implementación, al desarrollarse fundamentalmente en la comunidad del barrio, siendo la esencia el estudio de las familias que se asignaban a los estudiantes.

La vinculación del programa con el organismo de salud era muy escasa e, inicialmente, no había acompañamiento de tutores en las visitas y tampoco se seguía un esquema específico de historia clínica (en la medida que los estudiantes interrogaban a las

familias, los modelos de recolección de información se perfeccionaban). El trabajo de campo urbano (las “visitas”) era efectuado por ellos; luego, esta actividad se analizaba con los docentes, quienes ofrecían la orientación correspondiente.

El doctor Abad Gómez fue el encargado de enseñar, en un curso práctico, las técnicas para la entrevista familiar comunitaria, así como de hacer ver, en lo indagado, la presencia de esos factores sociales determinantes de enfermedad, hoy tan plenamente reconocidos [13].

Entre los aspectos que se indagaban en el estudio estaban la composición de la familia (base de lo que hoy es el *familiograma*);\* las características de la vivienda (que hoy se hace a través del Sisben);† las particularidades económicas y sociales del grupo familiar; la situación de salud de cada uno de los miembros, identificando los principales problemas de salud derivados de su condición social (marginación), con lo que se explicaba lo que se conoce como “patología social”: la situación de desplazamiento y sus causas, marginalización, alcoholismo, prostitución, abandono de hogar y violencia intrafamiliar. Además, se reconocían, en el barrio, los servicios de salud y de educación [14].

Posteriormente, el estudio realizado por los estudiantes en las familias se consolidaba en un diagnóstico comunitario que se presentaba al grupo de alumnos que asistía al bloque de materias pertenecientes a Medicina Preventiva y Social, y frente a un panel integrado por docentes del Departamento de Medicina Preventiva, junto con invitados de sectores académicos y públicos de la ciudad de Medellín. Los estudios se analizaban tanto en el panel como en las materias, se discutían los resultados y se hacían recomendaciones, no solo con relación a la salud, sino también con los aspectos condicionantes que presentaban las familias estudiadas, constituyéndose esto en un primer intento del anhelo que, hoy por hoy, tenemos en el denominado “trabajo intersectorial” (aunque faltando el indispensable factor comunitario) [15,16], y en un laboratorio real del papel de los determinantes sociales [17].

## El programa en la zona rural de Antioquia

Lo anterior era complementado con las visitas que docentes y estudiantes hacían a las familias incluidas en el programa rural del municipio de Santo Domingo

\* El *familiograma* es una herramienta visual de la medicina familiar, que permite identificar la estructura de la familia del interrogado, las relaciones entre los distintos miembros.

† El *Sisben* es el sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales, mediante una encuesta que clasifica la situación económica.



[18]. Los hallazgos se discutían en mesas redondas con los docentes, las enfermeras del programa y los demás estudiantes, para analizarlos y tomar las medidas correspondientes.

El desarrollo del programa rural en tal municipio dio pie a un trabajo intersectorial liderado por el personal de salud, el que, unido con la Iglesia (el párroco) y el sector de educación (los profesores), logró innovaciones tan interesantes como la formación de promotoras de salud oriundas del municipio, capaces de llegar a las familias de las distintas veredas [15,16].

Como resultado, se llevó a cabo una exitosa campaña de vacunación, un programa masivo de desparasitación y una amplia serie de intervenciones de las promotoras como responsables de la salud de grupos de familias. Sumados todos los desarrollos, el programa puede ser comparable a los que para 1978 formara parte de las experiencias exitosas en que se basó la declaración de Alma Ata [19].

## El final del programa y sus efectos

Como se observa, el programa exploró nuevas áreas que rompían el paradigma dominante de la formación médica del momento, aunque solo duró tres años. ¿Qué pasó después? ¿Por qué un programa tan poderoso e integrador no continuó? En la Universidad de Antioquia, de seguro porque su alma, el doctor Abad, orientó su impulso hacia otros proyectos, entre los que cabe mencionar la fundación de la Escuela de Salud Pública de Medellín. Tal vez su ausencia en el programa facilitó que la visión biologicista y hospitalaria que primaba en la influencia flexneriana se impusiera, haciendo desaparecer este extraordinario espacio social. Afirma el profesor Restrepo que el doctor Julio León Trejos llevó esta experiencia a la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, lo que podría constituirse en objeto de investigación sobre sus efectos en dicha universidad.

El "Programa de Familia" fue fundamentalmente social y comunitario, reflejando en su desarrollo la influencia de ideólogos de la salud pública como John Hanlon [20] en el siglo xx y de Rudolf Virchow y Salomón Neumann, quienes ya desde 1874 habían establecido que "la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social" [21].

Este programa se convirtió en modelo para otras facultades de Medicina del país, aunque sin suficiente divulgación, rompiendo el prototipo individualista y fundamentalmente curativo intrahospitalario que había tenido, y que aún hoy tiene [22], la enseñanza médica.

El programa estableció una gran diferencia con el modelo de enseñanza basado en el hospital (que se impartía en las escuelas de Medicina), promoviendo la

práctica fuera de los mismos, en ambientes comunitarios y orientando el ejercicio privado para convertir a los médicos en responsables de la salud de los miembros de las familias, lo que fue, hasta los años ochenta del siglo xx, una forma de ejercer la medicina privada en Colombia.

Sin duda, en su momento, la experiencia del "Programa de Familia" de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia fue referente para la implementación de servicios de salud en los barrios y localidades, promovió la formación de un médico integral e hizo pensar en la necesidad de formar médicos para resolver los problemas prevalentes del país desde su ambiente comunitario, distinto en algún grado al hospitalario [5]. El programa mostró la diferencia social entre el campo y la ciudad, e hizo entender la importancia de los determinantes sociales [8,13,17] en torno a la salud de la población.

El "Programa de Familia" de Antioquia sirvió probablemente y en algún grado para estimular la creación del "Programa de Familia" del Valle [12], que con un enfoque más biologicista, pero igualmente insertado en el corazón de un barrio marginal, promovió una visión integral de la salud y, de seguro, como parte de su continuación, impulsó el despegue, dos décadas después, de la Medicina Familiar, donde la Universidad del Valle (1984), a través de dicho programa, y la Fundación Universitaria Juan N. Corpas [23], con un enfoque diferente (más hacia una medicina integral que social o epidemiológica) [24], fueron pioneras.

## Reflexión final

Es nuestra impresión que, en la actualidad, programas académicos como el descrito se hacen necesarios al interior de las facultades del área de la salud y, en especial, en las de Medicina [25].

Colombia, escuchando el llamado de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud [9], escogió, en la segunda década del nuevo milenio, a la Atención Primaria de la Salud como el faro a seguir [6,26]. No es tarea fácil cambiar el modelo implementado por el actual Sistema de Seguridad Social, basado más en el aseguramiento y el manejo de recursos, donde la rentabilidad se coloca por encima de la salud de la población [27]. Tampoco lo es porque la tendencia que ha dejado el desarrollo de la seguridad social es más fraccionadora que integradora en la salud. Un "Programa de Familia" ideal ha de hacerse bajo un nuevo modelo de salud del país [7] y en Colombia aún no tenemos las condiciones ideales.

Creemos fervientemente que todas las facultades de salud deberían tener implementados escenarios comunitarios para la formación de sus estudiantes [28].

Solo allí estos pueden concebir, de manera adecuada, por ser lo real, cómo lo social influye en la salud y en la enfermedad [29,30]; pero, además, es allí donde se puede entender la prevención e incluso la rehabilitación, pues el medio hospitalario está enfocado en la atención del enfermo.

El ideal del modelo sería que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) se ubicaran en el corazón donde viven las comunidades a ser atendidas [15]. Así se hace más probable la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) [7].

Los estudiantes de pregrado y de posgrado deberían estar vinculados en programas docente-asistenciales, por medio de los cuales acompañasen a los equipos de salud multidisciplinarios responsables de la salud de tales comunidades. El modelo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad [15], explicado por los doctores Gofin, expone de forma muy sencilla y detallada una metodología de cómo hacerlo, donde el vínculo entre los servicios de salud y las facultades del área de la salud es la clave.

Con base a esta experiencia, y con referentes de los programas de familia de Antioquia y del Valle, en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, y durante los últimos 15 años, se ha intentado construir un “Programa de Familia” [30], a través de los centros médicos docentes asistenciales implementados al interior de la localidad de Suba. Si bien el programa académico ha funcionado con la atención de grupos de poblaciones al interior de los barrios [31], los diagnósticos en colegios y jardines, y los grupos de adultos mayores, aún no se ha podido resolver la mayor dificultad, como es que el Centro Médico Docente Asistencial de la Fundación sea reconocido por las entidades promotoras de salud como responsable de ofrecer el MIAS a las familias que hoy allí acuden. El éxito se dará cuando se puedan integrar todos los recursos existentes en torno la salud de la población [32].

El “Programa de Familia” de Antioquia, como pionero, abrió un camino que se debe concluir haciendo real la atención de las familias, por un mismo equipo prestacional conocedor y comprometido con ellas [7,15], situado en un centro médico ubicado en la zona geográfica donde viven las familias, y donde otros sectores distintos a salud, pero que convivan con la problemática de la zona, se unan, junto con procesos de participación comunitaria [7,19], para resolver tanto la problemática de salud como la derivada de los determinantes sociales.

## Financiación

Sin financiación.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

## Referencias

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. With an Introduction by Henry S. Pritchett. President of the Foundation. 1910.
2. González AL. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia: 142 años orientando el rumbo de la Medicina en Antioquia y Colombia. Memoria Universidad de Antioquia: Protagonista y testigo [internet] s. f. [citado 2018 nov. 13]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/9f17cba5-3b80-4e71-b540-2da8336a94b1/facultad-medicina-universidad-antioquia-142anos-orientando-rumbo-medicina-antioquia-colombia-ciencia.pdf?MOD=AJPERES>
3. González JC. La situación de los hospitales en 2017. Carta Comunitaria [internet]. 2017 [citado 2018 nov. 4]; 25(145):12-15. DOI: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n145.230>
4. González JC. San Andrés y su salud: entre la oscuridad y la esperanza de la luz. Carta Comunitaria [internet]. 2018 [citado 2018 nov. 3]; 26(147):26-33. Disponible en: <https://revistas.juancorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/327>
5. Restrepo GL, González JC, Belalcázar A, Sarmiento M, Bustillo JG. Propuesta para la formación de un médico en el momento actual en Colombia, 2018. Carta Comunitaria [internet]. 2018 [citado 2018 dic. 4]; 26(147):3-9. Disponible en: <https://revistas.juancorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/324>
6. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (2015 feb. 16).
7. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [internet]. 2016 [citado 2018 dic. 5]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
8. Campos F *et al.* Caminos para acercar la formación de profesionales de salud a las necesidades de la atención primaria. Revista brasileira de educação médica [internet]. 2001 [citado 2018 oct. 15]; (25):2.
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca [internet]. 2008 [citado 2018 oct. 15]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2008/es/>
10. Vélez I. La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1935-1965. Medellín: Impregón S. A.; 2005.
11. Ferreira JR. Visión general de la problemática latinoamericana en la formación de recursos humanos. En Janer-Ruiz, H., Zubiría Gómez, R. de, Restrepo Jiménez, M., editores. El médico general: una respuesta al futuro. Seminario Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Bogotá: Ascofame; 1979.
12. Restrepo GL, Sarmiento MI, Belalcázar A. Facultad de Medicina del Valle, ejemplo de creación de un programa enfocado en la familia. Carta Comunitaria [internet]. 2018 [citado 2018 nov. 5]; 26(146):30-36. DOI: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v26.n146.278>

13. Wilkinson R, Marmot M, editores. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2.<sup>a</sup> ed. Denmar: World Health Organization; 2003.
14. Diálogo con el doctor William Mejía.
15. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev. Panam. Salud Pública*. 2007;21(2/3):177-185.
16. Starfield B. *Atención primaria*. Barcelona: Editorial Masson, S. A.; 2004.
17. Halfon N, Larson K, Russ S. Why Social Determinants? *Healthcare Quaterly*. 2010;14:9-20.
18. Vélez I. Una experiencia maravillosa: la fundación del café. En: Vélez I. *Historia de la nueva Universidad de Antioquia (segunda parte) y otros temas*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010. pp. 41-45.
19. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, urss, [internet]. 6-12 de septiembre de 1978 [citado 2018 nov. 18]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
20. Hanlon JJ, Rogers FB, Rosen G. A bookshelf on the history and philosophy of public health. *Am J Public Health Nations Health*. 1960;50(4):445-58.
21. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social* [internet]. 2006; [citado 2019 ene. 20]. 1(1):5-10. Disponible <http://webs.ucm.es/centros/cont/descargas/documento28401.pdf>
22. González JC. Cómo formar al médico en Colombia. *Carta Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 2018 dic. 2]; 25(144):3-14. doi: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n144.150>
23. González JC. Buscando la identidad en la formación médica: La Corpas y su camino. *Carta Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 2018 dic. 5]; 25(143):3-28. doi: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.80>.
24. Piñeros Corpas J. El cirujano internista; una respuesta al futuro. Consideraciones alrededor de la pobreza crítica y de la medicina social. Bogotá: Fundación Universitaria Juan N. Corpas; 1988.
25. Godue C, Borrell RM. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: misión social de la educación médica [internet] 2012. [citado 2018 dic. 4]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/ideas-principales-de-la-conferencia-beyond-flexner-mision-social-de-la-educacion-medica>
26. Colombia, Congreso de la República. Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones (2011 ene. 19).
27. Semana. Remedios para el sistema de salud. *Semana* [internet] 2012 jul. 14 [citado 2018 nov. 25]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/remedios-para-sistema-salud/261174-3>
28. González JC. Qué deben tener los programas de pregrado en el área de la salud. *Carta Comunitaria* [internet]. 2017 [citado 2018 dic. 3]; 24(141):25-45. doi: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v24.n141.20>
29. Organización Panamericana de la Salud (ops). *La Formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2)*. Washington D. C.: ops; 2008.
30. González JC. Hacia dónde debe ir el Departamento de Medicina Comunitaria de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. *Carta Comunitaria* [internet]. 2015 [citado 2018 dic. 5]; 23(133):2-7. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/290>
31. Benitez Jiménez E, Guevara Tamayo S. (2018). Escenarios de práctica de Medicina Comunitaria. *Carta Comunitaria* [internet]. 2018 [citado 2018 dic. 20]; 26(148):72-79. Disponible en: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/367>
32. González Quiñones J. Resumen: "Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la promoción de la salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de inequidades, articulado al sistema de salud colombiano". *Carta Comunitaria* [internet]. 2015 [citado 27 dic. 2018]; 23(133):25-26. Disponible en <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/292>



# Concentración del gasto sanitario en una aseguradora colombiana del régimen subsidiado, 2014

Concentration of Health Spending in a Subsidized-scheme Colombian Insurance Company, 2014

Concentração da despesa sanitária numa seguradora colombiana do regime subsidiado, 2014

Carlos Alberto Marrugo-Arnedo<sup>1</sup>, Fernando Gómez-De la Rosa<sup>2</sup>, Deicy Moreno-Ruiz<sup>3</sup>, Álvaro Flórez-Tanus<sup>4</sup>, Carmelo Dueñas-Castell<sup>5</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> MSc. Economía. Fundovida Institución Prestadora de Salud (IPS). Cartagena, Colombia. camarrugo@fundovidaips.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5422-8498>

<sup>2</sup> MSc (C). Economía. Alzak Foundation. Cartagena, Colombia. fgomezdelarosa@outlook.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7113-5314>

<sup>3</sup> MSc (C). Economía. Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia. deicyvanessa@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1063-9962>

<sup>4</sup> MSc (C) Economía de la salud y del medicamento. Centro de investigación e innovación en salud (CIISA). Cartagena, Colombia. alvaroflorezt@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1464-4731>

<sup>5</sup> MD. Fundovida IPS. Cartagena, Colombia. crdc2001@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5699>

<sup>6</sup> PhD. Economía de la Salud. Universidad de Cartagena. Cartagena Colombia. nalvis@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9458-864X>

Recibido: 15/12/2016. Aprobado: 13/12/2018. Publicado: 31/01/2019

---

Marrugo-Arnedo CA, Gómez-De la Rosa F, Moreno-Ruiz D, Flórez-Tanus Á, Dueñas-Castell C, Alvis-Guzmán N. Concentración del gasto sanitario en una aseguradora colombiana del régimen subsidiado, 2014. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2019;37(1):44-52. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a09

---

## Resumen

**Objetivo:** Estimar la concentración del gasto sanitario según grupos de patologías y tipos de servicios en una aseguradora subsidiada que afilia personas pobres (estratos socioeconómicos 1 y 2) al Sistema de Salud de Colombia en 2014. **Metodología:** Se analizó el gasto sanitario en 1 666 477 afiliados, por grupos de patología y tipos de servicios, en el año 2014. Para la descripción de la concentración del gasto se utilizó el coeficiente de Gini y la curva de Lorenz. **Resultados:** El gasto sanitario de la aseguradora fue de

USD 418 millones. De este, el 81 % se aplicó a servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Los grupos de patologías que concentraron el 43,4 % del gasto sanitario fueron cardiovascular (14,3 %), cáncer (7,8 %), enfermedades respiratorias (7,3 %), enfermedades urinarias (7 %) y traumatismos (6,9 %). Los servicios diagnósticos, curativos y de rehabilitación representaron el 77,8 % del gasto sanitario. La hospitalización fue el grupo de servicio que más impactó el costo (47 %), y las consultas, el más utilizado. Las

curvas de Lorenz demostraron que el 70 % del gasto en salud se concentra en aproximadamente el 20 % de los afiliados, generando un coeficiente de Gini de 0,58. **Conclusión:** El diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles concentran una alta proporción del gasto

sanitario, lo cual genera una competencia de recursos para servicios preventivos y de promoción de la salud.

-----**Palabras clave:** gasto sanitario, aseguradora, empresa promotora de salud, régimen subsidiado, sistema de salud, economía de la salud.

## Abstract

**Objective:** to estimate the concentration of health spending depending on pathology groups and types of services in a subsidized insurance company which enrolled low-income people (social economic strata 1 and 2) in the Colombian Healthcare System in 2014. **Methodology:** Health spending was analyzed in 1 666 477 members, set up by pathologies and types of services during 2014. To describe the concentration of health spending, researchers used the Gini coefficient and the Lorenz curve. **Results:** the health spending of the insurance company was US\$418 million. Out of this, 81 % was used in service contained in the mandatory Health Plan (in Spanish, Plan Obligatorio de Salud -POS). The pathology groups that concentrated 43.4% of health spending were cardiovascular

(14.3%), cancer (7.8%), respiratory diseases (7.3%), urinary diseases (7%) and trauma (6.9%). Diagnostic, healing and rehabilitation services represented 77.8% of health spending. Hospitalization was the service group with the highest impact on costs (47%), and consultations, the most used. The Lorenz curves showed that 70% of the health spending is concentrated in approximately 20% the Affiliated people, resulting in a 0.58 Gini coefficient. Conclusion: Diagnostic and treatment of chronic non-transmittable diseases concentrate a vast part of health spending, which produces a competition of resources for preventive services and healthcare promotion.

-----**Keywords:** health spending, insurance company, healthcare promoter, subsidized scheme, health system, economy in healthcare.

## Resumo

**Objetivo:** Estimar a concentração da despesa sanitária segundo grupos de patologias e tipos de serviços numa seguradora subsidiada que afilia pessoas carentes (estratos socioeconômicos 1 y 2) ao Sistema de Saúde de Colômbia em 2014. **Metodologia:** Se analisou a despesa sanitária em 1 666 477 filiados, por grupos de patologia e tipos de serviços, no ano 2014. Para a descrição da concentração da despesa fomos utentes do método coeficiente de Gini e a curva de Lorenz. **Resultados:** A despesa sanitária da seguradora foi de USD 418 milhões. Deste, o 81 % se aplicou aos serviços conteúdos no Plano Obrigatório de Saúde (POS). Os grupos das patologias que concentraram o 43,4 % da despesa sanitária foram cardiovasculares (14,3 %), câncer (7,8 %), doenças respiratórias (7,3 %), doenças urinárias (7 %) e

traumatismos (6,9 %). Os serviços diagnósticos, curativos e da reabilitação representaram o 77,8 % da despesa sanitária. A hospitalização foi o grupo de serviço que más afetou o custo (47 %), e as consultas, o mais utilizado. As curvas de Lorenz demonstraram que o 70 % da despesa na saúde está focada em aproximadamente o 20 % dos filiados, gerando um coeficiente de Gini de 0,58. **Conclusão:** O diagnóstico e o tratamento das doenças crónicas não transmissíveis somam uma alta proporção da despesa sanitária, o qual acarreta uma competência de recursos para serviços preventivos e de promoção da saúde.

-----**Palavras-chave:** despesa sanitária, seguradora, empresa promotora de saúde, regime subsidiado, sistema de saúde, economia da saúde

## Introducción

Los países de América Latina, en especial Colombia, han mejorado en materia de salud en los últimos años. La expectativa de vida en 1953 era cerca de 52 años; sin embargo, un colombiano nacido en 2013 vivirá aproximadamente 74 años [1,2]. Estos cambios significativos a nivel demográfico se deben a diferentes factores, como las medidas de política pública en salud, acceso a agua potable, incremento en el nivel educativo de las personas, acceso a mejores tecnologías sanitarias, entre otros [1-3].

Como consecuencia de la transición demográfica de Colombia, la estructura de la población ha sufrido variaciones en los últimos años. La participación de los niños y jóvenes en la población ha ido disminuyendo en el tiempo, mientras que la de los adultos va en aumento en relación con el total. Se estima que a 2025, la pirámide poblacional de Colombia tendrá características similares a lo observado en la actualidad en los países desarrollados [4]. Esto se debe a que los años de vida perdidos por causas evitables han menguado en forma considerable en el tiempo, es decir, las personas mueren a mayor edad. Ello puede explicarse fundamentalmente

por el acceso a tecnologías sanitarias que prolongan la vida y aumentan la calidad de vida de la población [5-10]. Todos estos cambios impactan el gasto sanitario de los países, puesto que la demanda de servicios de salud se hace mayor. El *gasto sanitario* es entendido como los montos destinados a preservar, recuperar y mantener la salud de los afiliados del sistema de salud, sin incluir el costo administrativo.

El gasto médico, que forma parte del gasto sanitario, está altamente concentrado en un bajo porcentaje de la población en Estados Unidos [11]. En el estudio referenciado se encontró que el 5 % de quienes consumen servicios médicos representan más de la mitad del total de los gastos. La concentración es aún mayor en los gastos hospitalarios, donde el 5 % de los consumidores representa el 80 % de los gastos. En cuanto a la edad respecto a los gastos médicos, en ese país la concentración del gasto es mayor en las personas mayores de 65 años; el coeficiente de Gini para este grupo es de 0,63, mientras que el de las personas de entre 25 y 64 años es 0,75 [11].

En un estudio llevado a cabo en Francia, los investigadores encontraron que, en 2013, el 10 % de la población representaba el 62 % de todos los gastos de atención en salud. Estas estimaciones fueron consistentes con las de países como Estados Unidos. Así mismo, hallaron que el gasto médico es 16 % más alto para las mujeres que para los hombres. El gasto en hombres de 65 años o más, es tres veces más alto que el de los hombres con edades entre 25 y 64 años, lo que es consecuente con lo que se conoce a nivel mundial, pues los gastos en salud aumentan con la edad [12].

Respecto a Alemania, se encontraron resultados similares: el gasto de atención médica se duplica entre los 50 y 80 años, y el 10 % superior de todos los usuarios concentra el 53 % de todos los gastos médicos. Así mismo, el gasto médico en el último año de vida de los pacientes es seis veces superior [13].

Los Países Bajos se hallan entre los principales consumidores en salud de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Dicho gasto está concentrado: el 1 % de las personas con los niveles más altos de gasto representan el 25 % del total en un año. De igual modo, el gasto en atención (que hace parte del gasto sanitario) a largo plazo, que equivale a un tercio del total de gastos en la atención, también se encuentra concentrado, ya que el 1 % superior consume más de la mitad del gasto total de este

tipo de atención. Como en la mayoría de los países, el gasto promedio aumenta considerablemente con la edad [14].

La mayoría de los estudios se enfocan en la concentración del gasto total en salud, pero muy pocos en la concentración de los gastos prevenibles en salud. En uno de estos estudios, los investigadores observaron que el 4,8 del gasto de Medicare\* en Estados Unidos era potencialmente evitable, de los cuales el 73,8 % fue incurrido por pacientes de alto costo (beneficiarios en el 10 % más alto del gasto individual). Entre estos, los ancianos, que solo representan el 4 % de la población de Medicare, consumieron el 43,9 % del total de los gastos potencialmente prevenibles; las personas discapacitadas que no son ancianos representan el 14,7 %, y el grupo crónico complejo incurrió en el 11,2 % [15].

Por su parte, en México, la concentración del gasto en salud prima en la población afiliada a la seguridad social, es decir, aquella que tiene un trabajo en el sector formal. Los beneficiarios de este esquema representan un gasto 50 % mayor que el de los no afiliados [16].

Al observar las cifras de gasto en salud en Colombia y el resto de países, se evidencia la existencia de una brecha amplia con el promedio de países de la OCDE en el gasto total, pero no de la misma forma en el gasto público, y una brecha menor con países de Latinoamérica, en contraste con la de los países de la OCDE para el gasto total [17]. Según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, entre 2012 y 2016, los gastos del Sistema General de Seguridad Social se incrementaron en un 24,69 %. Este crecimiento se vio impactado, en gran parte, por el aumento de uso de gastos en el *régimen subsidiado*,† debido a la unificación del plan de beneficios, que originó un mayor acceso a una serie de procedimientos, actividades y medicamentos.

En ese sentido, el objetivo de la presente investigación es describir la concentración del gasto sanitario según grupos de patologías y tipos de servicios de una *empresa promotora de salud* (EPS) del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, en 2014.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, a partir de fuentes de información de las bases de datos de afiliados y facturación de servicios de salud de una de las aseguradoras del régimen subsidiado con mayor

\* Medicare es un programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos, que provee atención médica a todas las personas mayores de 65 años o más jóvenes consideradas discapacitadas debido a graves problemas de salud, como cáncer, insuficiencia renal con necesidad de diálisis u otros.

† El *régimen subsidiado* es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

número de afiliados (1 666 477). Los valores expresados corresponden al gasto sanitario de la aseguradora.

En la base de datos de afiliados, construida y controlada por la aseguradora, se encuentran registrados cada uno de los afiliados, con sus características socioeconómicas, como sexo, edad, lugar de residencia, entre otras variables. La base de datos de facturación contiene información sobre el gasto de los eventos en un periodo de tiempo determinado. En esta se halla la fecha de prestación, fecha de radicación de factura, costo, patología y grupo de servicio.

El estudio de las desigualdades en salud dispone de diversos métodos para describir la forma en que se distribuye una variable entre los diferentes grupos de individuos de una sociedad [18]. El método más habitual para analizar la desigualdad es a través de la *Curva de Lorenz* [19,20]. La curva ilustra la desigualdad en la distribución del gasto y da soporte al cálculo del *coeficiente de Gini*, como medida del grado de concentración de dicho gasto. Este coeficiente cuantifica el grado de desigualdad reflejado en la curva de Lorenz. El coeficiente toma valores entre 0 y 1, donde 0 representa igualdad total y 1 máxima desigualdad [19,21,22].

En esta investigación se analizó el gasto por grupo de servicios, por patología y, finalmente, se cruzaron los gastos por patología y grupos de servicios para determinar cuáles grupos de servicios tienen mayor impacto sobre las respectivas patologías, utilizando la clasificación de tres dígitos de la “Clasificación Internacional de

Enfermedades” (10.<sup>a</sup> revisión) (CIE-10) [23]. El análisis se segmentó por grupo etario y género. Los procedimientos estadísticos se realizaron en el *software* Stata® 13,1, y los gráficos y las tablas se procesaron en Excel® 2013. Los costos fueron expresados en pesos colombianos del 2014 y en dólares americanos del mismo año, con una tasa de cambio de \$ 2001,78, según cifras del BancoMundial [24].

## Resultados

De los 1 666 477 afiliados de la aseguradora a nivel nacional, el 51,6 % son de género femenino, el 73,0 % están concentrados en la zona de residencia urbana y el 78,5 % pertenece al nivel 1 del Sisbén.<sup>‡</sup> Estos datos se pueden ver en la tabla 1, que contiene la caracterización de los afiliados de la EPS.

La pirámide poblacional de afiliados y de Colombia se observan en la figura 1. La pirámide de la aseguradora (figura 1a) muestra una base ancha que, a medida que incrementa el grupo etario, se va reduciendo. La población entre 0 y 4 años de edad representa aproximadamente el 6 % de afiliados del total. La pirámide indica una estructura de población eminentemente joven y con perspectivas de crecimiento; cerca del 48 % de los afiliados se encuentran concentrados entre los 5 y los 29 años. Las personas que superan los 60 años de edad representan el 12 % sobre el total de los afiliados. Este tipo de pirámide poblacional corresponde normalmente a poblaciones que están en transición demográfica de países en desarrollo [2,25].

**Tabla 1.** Estadísticas descriptivas de los afiliados a la aseguradora subsidiada, 2014.

Departamento	Género	Zona de residencia	Nivel de Sisbén	Tasa de dependencia (%)	Total afiliados
	Femenino (%)	Urbano (%)	1 (%)		
Nacional	51,6	73,0	78,5	53,2	1 666 477
Antioquia	51,1	54,7	75,1	56,2	301 168
Atlántico	52	95,2	82,6	53	204 013
Bolívar	53,3	81,2	90,3	57,8	201 410
Boyacá	49	20,8	72,7	59,6	19 531
Cesar	53,1	89,6	76,1	65,3	65 077
Córdoba	51,3	60,5	96,5	58,3	41 894
La Guajira	48,5	85,2	68,5	51,3	25 891
Magdalena	50,5	70,8	90,3	55,7	187 217
Norte de Santander	47,2	77,8	92,2	45,5	66 115
Santander	50	44,6	72,9	52	177 778
Sucre	49,5	76,1	89,1	50,3	57 403
Valle del Cauca	53,5	87,1	62,7	43,7	318 980

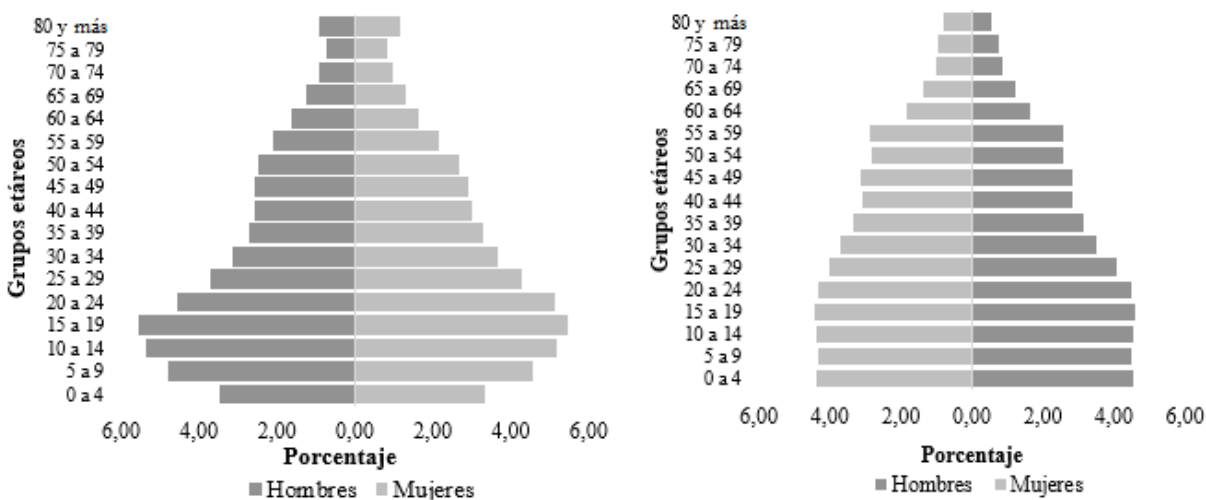
Fuente: Base de datos de afiliados activos de la aseguradora. Cálculos propios.

<sup>‡</sup> El *Sisbén* es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales que, a través de un puntaje, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas.

Por su parte, la pirámide poblacional de Colombia (figura 1b) es diferente en cuanto al comportamiento del primer grupo etario (0 y 4 años). La estructura de la población colombiana es joven en su mayoría. La pirámide es de tipo progresiva, característica de países subdesarrollados que poseen altas tasas de mortalidad y de natalidad.

El gasto sanitario de la aseguradora en el 2014 fue distribuido en un 33 % para los programas de promoción y prevención, y un 67 % para recuperar la salud, presentando un gasto per cápita de \$501 879.

En la tabla 2 se muestra el comportamiento del gasto per cápita y la distribución del gasto sanitario de las diferentes sucursales, siendo Magdalena y Norte de Santander las sucursales con menor gasto per cápita, y Bolívar, la del mayor gasto. Además, se muestra la distribución del gasto por *tipo de contratación*, es decir, si se trata de un pago anticipado por una suma fija por persona que cubre un determinado grupo de servicios, conocido como *capitación*, o si se trata del tipo de contratación por *evento*, en el que el pago se realiza por las actividades, los procedimientos, las intervenciones, los medicamentos u otros.



**Figura 1.** Pirámide poblacional a. de la EPS y b. de Colombia, 2014.

Fuente: Base de datos de afiliados activos de la aseguradora. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Cálculos propios.

**Tabla 2.** Gasto per cápita y tipo de contratación por sucursal de afiliación de la EPS, 2014.

Sucursal	Gasto per cápita (\$)	Tipo de contratación (%)	
		Capitación (%)	Evento (%)
Antioquia	493 338	27	73
Atlántico	494 994	37	63
Bolívar	643 338	24	76
Boyacá	613 046	29	71
Cesar	493 695	32	68
Córdoba	462 762	45	55
Magdalena	440 157	36	64
Norte de Santander	317 617	30	70
Santander	503 429	32	68
Sucre	528 332	39	61
Valle del Cauca	549 364	37	63

Fuente: Base de datos de facturación y capitación de la aseguradora, 2014. Cálculos propios.



Los resultados evidencian una distribución del gasto similar entre departamentos, siendo el evento el tipo de contratación más frecuente. Solo en Córdoba se evidencia una distribución en la que hay 10 puntos porcentuales de diferencia entre un tipo de contratación y otro. Teniendo en cuenta que el tipo de contratación por capitación se caracteriza por estar enfocado a gastos en promoción y prevención en salud, es posible afirmar que en Córdoba se destinan más recursos a este fin que en las demás sucursales.

En la tabla 3 se puede observar que los primeros diez grupos diagnósticos representan aproximadamente el 67,5 % del gasto de 2014. La distribución del gasto sanitario por grupos diagnósticos muestra que el grupo diagnóstico cardiovascular genera los mayores costos, representando el 14,3 % del total facturado, seguido del

grupo diagnóstico cáncer, que expresa el 7,8 % sobre el total general.

Los servicios diagnósticos, los curativos y los de rehabilitación representaron el 77,8 % del gasto sanitario, siendo la hospitalización el grupo de servicio que más impactó el costo (47 %) y las consultas, el más utilizado.

En la tabla 4 se describe la distribución del gasto sanitario clasificado por los servicios médicos de las cinco patologías que más impacto causan en la aseguradora. Cada grupo diagnóstico tiene un comportamiento característico en cuanto a los servicios, guardando semejanza en las hospitalizaciones, procedimientos diagnósticos y de tratamiento, cirugía hospitalaria y medicamentos.

**Tabla 3.** Proporción del gasto sanitario de la EPS por grupo diagnóstico, en 2014.

	Grupo diagnóstico	Porcentaje (%)
1	Cardiovascular	14,3
2	Cáncer	7,8
3	Sistema respiratorio	7,4
4	Enfermedades urinarias	7,0
5	Traumatismos	6,8
6	Gastrointestinal	5,8
7	Obstetricia	5,5
8	Osteomuscular	5,2
9	Endocrinología	4,1
10	Enfermedades e infecciones parasitarias	3,7
	Otros grupos diagnósticos	32,4
	Total	100

Fuente: Base de datos de facturación de la aseguradora, 2014. Cálculos propios.

**Tabla 4.** Distribución porcentual del valor (servicios) de los grupos diagnósticos más costosos de la EPS, 2014.

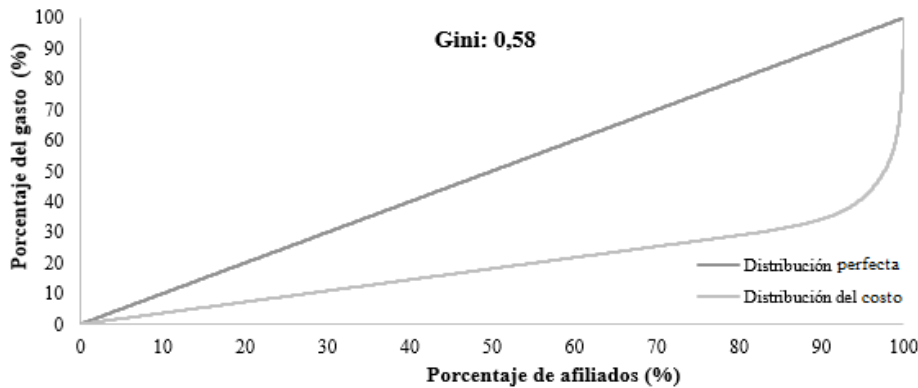
Servicios	Grupo diagnóstico				
	Cardiovascular (%)	Cáncer (%)	Sistema respiratorio (%)	Enfermedades urinarias (%)	Traumatismos (%)
Hospitalización	46,2	29,3	69,1	23,1	29,7
Procedimientos diagnósticos o de tratamiento	21,3	22,4	3,9	51,3	3,1
Cirugía hospitalaria	14,1	8,9	3,1	2,9	23,2
Medicamentos	5,3	26,3	9,2	5,4	2,4
Cirugía ambulatoria	3,1	1,9	3,9	5,2	18,8
Apoyo diagnóstico	3,0	5,4	1,9	5,4	2,1
Medicina domiciliaria	1,9	1,4	1,9	1,2	2,3
Consulta médica especializada	2,4	2,3	1,8	2,1	1,7
Urgencias	0,9	0,4	3,9	1,9	5,2
Insumos	0,9	1,4	0,4	0,3	10,4
Ambulancias	0,9	0,3	0,9	1,2	1,1

Fuente: Base de datos de facturación de la aseguradora, 2014. Cálculos propios

Para los grupos diagnósticos cardiovascular y sistema respiratorio, la hospitalización es el servicio que consume la mayoría de los gastos (46,2 y 69,1 % respectivamente). Para el caso del cáncer, el 26 % de los gastos se concentran en medicamentos, siendo este el mayor gasto de este tipo de servicio entre todos los grupos diagnósticos. La participación de los gastos por

consulta médica especializada es equivalente en todos los grupos diagnósticos (2 %).

La figura 2 muestra la curva de Lorenz, donde se aprecia que aproximadamente el 80 % de los afiliados consumen el 30 % de los recursos; en otras palabras, el 20 % de los afiliados consumen el 70 % del gasto sanitario de la aseguradora. El coeficiente de Gini fue de 0,58, lo que demuestra la concentración del gasto sanitario.

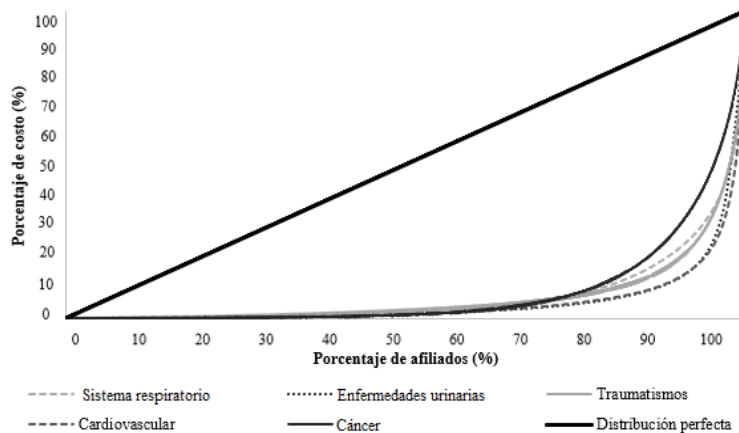


**Figura 2.** Curva de concentración del gasto sanitario en la EPS, 2014.

Fuente: Bases de datos, captación y facturación 2014. Cálculos propios

A cada una de las cinco patologías más costosas para la aseguradora se le graficó la concentración y se calculó el coeficiente de Gini. El coeficiente para Cáncer fue de 0,827; en Sistema respiratorio fue 0,853; Traumatismo, con 0,858; enfermedades urinarias, con 0,891, y Cardiovascular, con 0,898.

En la figura 3 se puede observar la concentración del gasto para los grupos diagnósticos más costosos. Los grupos diagnóstico cardiovascular y enfermedades urinarias presentaron la mayor concentración, donde aproximadamente el 10 % de los pacientes consume el 87 % del gasto de cada grupo, mientras que, en cáncer, el mismo porcentaje de pacientes consume el 70 % del gasto para este grupo.



**Figura 3.** Curva de concentración de las cinco patologías más costosas de la EPS, en 2014. La distribución perfecta es la distribución ideal, la que debería tener los gastos en caso de que no existiera concentración del gasto. En ese sentido, se usa para mostrar qué tan alejada está la curva de gastos de la EPS, de la que es la curva de distribución perfecta.

Fuente: Base de datos de facturación 2014. Cálculos propios.

## Discusión

En este estudio se presenta evidencia de cómo es la distribución del gasto sanitario de una de las aseguradoras subsidiadas con mayor número de afiliados en Colombia. Los resultados muestran, por un lado, que el país está experimentando una transición demográfica, al concentrar gran parte de la población en el segmento intermedio y superior de la pirámide poblacional. La tendencia negativa de la tasa de mortalidad confirma avances en salud, que se deben principalmente a la política pública sanitaria, a la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud y tecnologías sanitarias, y a aspectos externos al Sistema de Salud, que han contribuido significativamente a dicha reducción [1,3]. Por otro lado, las curvas de concentración y el coeficiente de Gini evidencian la distribución del gasto sanitario en los afiliados de la aseguradora; se observa que pocos afiliados consumen gran parte de los recursos del sistema, como sucede en Estados Unidos [26,27].

En cuanto a la distribución del gasto sanitario, se observa que el 33 % fue destinado a la promoción y la prevención en salud, mientras que el 67 % se destinó a servicios que aumentarían o recuperarían el estado de salud. La distribución del costo por grupo diagnóstico evidencia que las enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles impactan el costo en mayor proporción que las enfermedades agudas, como lo muestran estudios realizados en Estados Unidos [26,27]. La distribución del costo genera la necesidad de realizar estudios de carga de enfermedad que sirvan de evidencia para fortalecer la toma de decisión y el gerenciamiento de dichas patologías crónicas.

Al igual que en Estados Unidos, el servicio con mayor peso en el costo es la hospitalización [27]. Las curvas de concentración de los grupos diagnósticos más costosos evidencian que la concentración es más profunda, que muy pocos pacientes se llevan gran parte de los recursos de la empresa. A nivel general, el servicio que mayor gasto sanitario ocasiona para la EPS es la hospitalización.

El estudio presenta algunas limitaciones. Solo se muestra la concentración del gasto sanitario en un periodo de tiempo definido. Sin embargo, dado el tamaño de la muestra y la representatividad de la aseguradora a nivel nacional, los resultados arrojan evidencias relevantes que sirven como base para la elaboración de políticas públicas que tiendan a mejorar el financiamiento y el acceso a los servicios de salud de las personas sin poder adquisitivo, teniendo en cuenta la distribución del costo por grupos relacionados de diagnóstico.

En conclusión, las enfermedades crónicas tienen un impacto significativo en la estructura financiera de las EPS y del sistema de salud [26,27]. La transición

demográfica que está experimentando el país al incrementar, en términos proporcionales, las personas jóvenes y adultas en relación con el total, como producto del mejoramiento de la calidad de vida y mayores accesos a servicios de salud, impactan financieramente a las empresas promotoras de salud. La concentración del gasto sanitario es significativa en términos generales y se acentúa en los grupos diagnósticos más costosos. De ahí que las recomendaciones de política estén orientadas a los planes de prevención de dichas enfermedades, así como también a la adopción de estilos de vida saludables, y puntualmente se recomienda que el pago de la unidad de pago por capitación (UPC) tenga en cuenta la prevalencia de las patologías de las enfermedades crónicas no transmisibles, con el objetivo de que la carga de enfermedad sea compensada con solvencia financiera.

## Financiación

Sin financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

## Referencias

- Rosselli D, Tarazona N, Aroca A. La salud en Colombia 1953-2013: un análisis de estadísticas vitales 1953-2013. *Heal Colomb*. 2013;36(2):120-35.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, *et al*. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1991;111(6):485-96.
- Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V., *et al*. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex*. 2011;53(122):144-55.
- Banguero Lozano H. Estructura y dinámica de la población del departamento del Cauca y de Colombia 1938-2025 . Un análisis comparativo. *El Hombre y la Máquina*. 2005;(24):72-91.
- Castillo-Rodríguez L, Díaz-Jiménez D, Castañeda-Orjuela C, *et al*. Years of Life Lost (YLL) in Colombia 1998-2011: Overall and avoidable causes of death analysis. *PLoS ONE*. 2015;10(5):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125456>.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. *Violencia homicida en Colombia*. Informe técnico. IV Edición. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. *Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia*. 2011. IV Edición. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2015.

8. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. 2015. IV Edición. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2015.
9. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. Segundo informe Observatorio Nacional de Salud (ONS). Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
10. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. Informe 3. Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2014.
11. Pashchenko S, Porapakarm P. Medical spending in the US: Facts from the Medical Expenditure Panel Survey data set. *Fisc. Stud.* 2016;37(3-4):689-716. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12100>.
12. Gastaldi-Ménager C, Geoffard PY, Lagasnerie G. de. Medical spending in France: Concentration, persistence and evolution before death. *Fisc. Stud.* 2016;37(3-4):499-526. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12107>.
13. Karlsson M, Klein TJ, Ziebarth NR. Skewed, persistent and high before death: Medical spending in Germany. *Fisc. Stud.* 2016;37(3-4):527-59. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12108>.
14. Bakx P, O'Donnell O, Doorslaer E. van. Spending on health care in the Netherlands: Not going so Dutch. *Fisc. Stud.* 2016;37(3-4):593-625. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12114>.
15. Figueroa JF, Joynt Maddox KE, Beaulieu N, *et al.* Concentration of potentially preventable spending among high-cost medicare subpopulations: An observational study. *Ann. Intern. Med.* 2017;167(10):706-13.
16. Carbonell Sánchez M, Carbonille J. Capítulo quinto. El gasto público en salud, incidencia distributiva y equidad. En: *El derecho a la salud: una propuesta para México*. México: Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); 2013. pp. 57-59.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. *La Equidad en Salud para Colombia: Brechas internacionales y territoriales*. 2015.
18. Schneider MC, Castillo-Saldagado C, Bacallao J, *et al.* Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev. Pan. Salud Pública.* 2002;12(6):398-415.
19. Medina F. Consideraciones sobre el índice de Gini para medir la concentración del ingreso. *Estudios Estadísticos y Prospectivos*. Santiago de Chile: CEPAL; 2001. pp. 1-43.
20. Borrell C, Ru M, Pasar MI, *et al.* La medición de las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2000;14(53):20-33.
21. Vadulli RB. Estimación del coeficiente de concentración de Gini a partir de la curva estimada de Lorenz. *Rev. Chil. Econ. y Soc.* 2012;5(1-2):27-31.
22. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. *Inequidades en el Estado de salud, acceso y uso de dos servicios de salud*. Gobierno de Bolivia, Editor; 1998.
23. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades (10.ª revisión)*. Modificación Clínica. 2018.
24. Banco Mundial. Tasa de cambio oficial (UMN por US\$, promedio para un período) [internet]. [consulta 2014 may. 20]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/PA.NUS.FCRF?locations=CO>
25. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *La transición demográfica en América Latina*; 2000.
26. Berk ML, Monheit AC. The concentration of health expenditures: An update. *Health Aff (Millwood)*. 1992;11(4):145-9. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.11.4.145>.
27. Riley GF. Long-term trends in the concentration of Medicare spending. *Health Aff (Millwood)*. 26(3):808-16. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.3.808>.



# Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá\*

Delivery practices at a health care provider in the city of Bogota

Práticas de atendimento do parto numa instituição prestadora de serviços da saúde na cidade de Bogotá

Magda Lizeth Rocha-Acero<sup>1</sup>, Fernanda Socarrás-Ronderos<sup>2</sup>, Diana Carolina Rubio-León<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Médica, magíster en Salud Pública. IPS Colsubsidio Colombia. mrocha@unbosque.edu.co, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5398-593X>.

<sup>2</sup> Odontóloga, magíster en Salud Pública. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, Empresa Social del Estado. Colombia. jsocarras@unbosque.edu.co, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5970-1192>.

<sup>3</sup> Psicóloga, doctora en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Colombia. rubio.diana@javeriana.edu.co, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7672-9776>.

Recibido: 24/04/2018. Aprobado: 21/11/2018. Publicado: 31/01/2019

---

Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León DC. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):53-65. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10

---

## Resumen

**Objetivos:** Analizar las prácticas del personal de salud durante la atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá, desde dos perspectivas, género y humanización del parto, teniendo en cuenta que en Colombia se adelanta, desde 2016, la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal como parte del nuevo modelo de atención en salud propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social. **Metodología:** Estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo realizado entre junio y agosto de 2017, que incluyó observación no participante en salas de parto y entrevistas semiestructuradas a las mujeres a quienes se les observó el parto y al personal de salud que las atendió. Se codificaron los diarios de campo y las entrevistas, se realizó análisis de contenido y se trianguló la

información. **Resultados:** La atención de parto se fundamenta en una atención medicalizada, que subordina a las mujeres y que coincide con un trabajo realizado rutinariamente, sumado a fallas en la comunicación entre estas y el personal de salud. Se evidenciaron aspectos que vulneran los derechos de las mujeres en trabajo de parto y en parto, y que son legitimados por el personal de salud y justificados por ellas. **Conclusiones:** Este trabajo es un aporte a la salud pública, dado que visibiliza un fenómeno normalizado en la práctica médica que amerita una intervención desde la perspectiva de la humanización de los servicios de salud.

-----**Palabras clave:** parto humanizado, prácticas clínicas, medicalización, comunicación, género y salud, institución prestadora de servicios de salud.

---

\* Artículo derivado del proyecto de investigación titulado “Prácticas de atención en salud que tienen lugar en el encuentro entre el personal de salud y las mujeres durante la atención del parto en una IPS en la ciudad de Bogotá”, presentado por Magda Rocha y Fernanda Socarrás para optar al título de magíster en Salud Pública de la Universidad El Bosque. El estudio se realizó entre enero y diciembre de 2017, bajo la dirección de Diana Rubio.

## Abstract

**Objectives:** To analyze the practices of healthcare personnel during deliveries at a healthcare provider institution in the city of Bogota from two perspectives: gender and humanization of the delivery. Taking into account that in Colombia there has been an integral implementation, since 2016, of a comprehensive route to provide maternal perinatal Health Care as a part of a new healthcare model proposed by the Ministry of Health and Social Protection. **Methodology:** Qualitative, descriptive and interpretive study conducted between June and August 2017; it included non-participative observation in delivery rooms and semi-structured interviews of women whose delivery had been observed, and the healthcare Personnel that attended them. Field journals and interviews were coded. Content analysis

was conducted and the information was triangulated. Results: Delivery care is based on medicalized care, which subordinates women and coincides with a routine job, including a lack of communication between women and the healthcare personnel. The research showed aspects that violate women's rights during labor and delivery, which are legitimized by healthcare personnel and justified by women themselves. Conclusions: This study is a contribution to Public Health, for it evidences a phenomenon normalized in medical practice, which deserves an intervention from the perspective of humanizing Health Care Services.

-----**Keywords:** humanized delivery, clinical practices, medicalization, communication, gender and health, health care provider.

---

## Resumo

**Objetivos:** Analisar as práxis do pessoal da saúde durante a atenção do parto numa instituição prestadora dos serviços da saúde na cidade de Bogotá, desde duas perspectivas, género e humanização do parto, levando em conta que na Colômbia se adianta, desde 2016, a implementação da Rota Integral de Atendimento em Saúde Materno Perinatal como parte dum novo modelo de atenção em saúde proposto pelo Ministério de Saúde e Proteção Social. **Metodologia:** Estudo qualitativo, descritivo e interpretativo realizado entre junho e agosto do 2017, que incluiu observação não participante nas salas de parto nem entrevistas semiestruturadas nas mulheres nas quais se observou o parto e ao pessoal da saúde que as atendeu. Se codificaram os diários de campo e as entrevistas, se realizou análise de conteúdo e se triangulou a informação. Resultados: A

atenção do parto se fundamenta numa atenção medicadora, que subordina as mulheres e que coincide com um trabalho realizado rotineiramente, somado as falhas na comunicação entre estas e o pessoal da saúde. Se evidenciaram aspectos que vulneram os direitos das mulheres em trabalho de parto e no parto, e que são legitimados pelo pessoal da saúde e justificados por elas. **Conclusões:** Este trabalho é uma verba pra saúde pública, dado que visibiliza um fenómeno normalizado na práxis médica que decorre numa intervenção desde a perspectiva da la humanização dos serviços da saúde.

-----**Palavras-chave:** parto humanizado, práxis clínicas, medicalização, comunicação, género e saúde, instituição prestadora de serviços de saúde

---

## Introducción

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que “todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” [1]. En dicha declaración se solicitó mayor respaldo de los gobiernos en relación con el apoyo a investigaciones y acciones dirigidas a mejorar el trato que se provee a las mujeres durante la atención del parto institucionalizado. También se señaló la importancia de promover programas encaminados a mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, fundamentada en el cambio de comportamiento de los profesionales de salud y en la atención del parto humanizado, que comprende el acompañamiento, la confidencialidad, la comunicación, la disponibilidad de alimentos y el reforzamiento de sistemas de información

que permitan la obtención de registros sobre prácticas inadecuadas en los servicios obstétricos para su respectiva intervención.

Tal declaración de la OMS [1] tiene como antecedente principal la “Declaración de Fortaleza” [2] sobre la tecnología apropiada para el nacimiento, donde las mujeres desempeñan un papel central como participantes de la atención, lo que incluye la participación en su planificación y evaluación, en el marco de su derecho a una atención prenatal adecuada en términos de factores sociales, emocionales y psicológicos. Como recomendaciones generales, el documento designó a los ministerios de salud para establecer políticas específicas para los servicios de salud, lo que debería acompañarse de encuestas para evaluar las tecnologías de atención del parto que deberían ser comunicadas a la sociedad para permitir que cada mujer eligiera el tipo de atención

del parto. Asimismo, las recomendaciones específicas incluyeron: el acceso de un acompañante elegido por la mujer durante el parto y durante el período posnatal, el derecho a decidir sobre la ropa, los alimentos, la eliminación de la placenta y otras prácticas culturales importantes, y la permanencia del recién nacido sano con la madre, siempre que sea posible. El documento también aclaró la necesidad tanto de la transformación de los servicios de salud, incluyendo la redistribución de recursos humanos y físicos, como el cambio de las actitudes del personal.

De manera más reciente, en el documento “Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto” se reiteró la necesidad de considerar tanto el estado general de la mujer y de su bebé, como sus deseos y preferencias, garantizando el respeto por su dignidad y autonomía [3].

En Colombia, actualmente está en funcionamiento el “Modelo de Atención Integral en Salud”, definido en la Resolución 429 de 2016 [4], que ordena la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal [5], lo que implica que los aseguradores y prestadores generen estrategias dentro de las cuales se garanticen las buenas prácticas en la atención del parto. Esta propuesta se alinea con la declaración de la OMS [1] y con la Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ), adoptada por Colombia [citada en 6], cuyo objetivo es: “Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez acompañada en lo posible de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel al nacer y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora” [6].

En la actualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social incluye la atención humanizada del parto en todas las recomendaciones consignadas en las “Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio” [7], y mediante la Circular 016 de 2017, dirigida a direcciones de salud de orden departamental, distrital y municipal, entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), se determinó el obligatorio cumplimiento de acciones dirigidas a la garantía de la atención segura, digna y adecuada a las mujeres durante el embarazo, el parto y puerperio en todo el territorio nacional [8].

Desde la perspectiva de género se señala que la intervención, la medicalización y la institucionalización del embarazo, el parto y el puerperio subordinan a las mujeres al saber médico [9], mediante el despliegue de un conjunto de prácticas y saberes que regulan y controlan la experiencia de la maternidad. El acto de parir, más que un proceso natural, parece una enfermedad que necesita

ser resuelta de acuerdo con estándares o protocolos médicos [10], donde las mujeres que paren son objetos de intervención y no sujetos de derecho [10].

En países latinoamericanos como Argentina [11,12], Cuba [13], Venezuela [14], Uruguay [15] y México [16-18] se ha reportado que durante el parto se vulneran los derechos de las mujeres, hay subordinación y discriminación, descalificación de los conocimientos y las opiniones de las mujeres por parte del personal de salud, obtención de consentimiento bajo presión, desacreditación de ellas como sujetos que sufren y naturalización de tales formas de maltrato.

En Colombia, se ha reportado la negación del personal de salud ante las creencias y los presaberes de las mujeres sobre la maternidad y la importancia de visibilizar estas prácticas [19,20]. Asimismo, se ha sugerido que la atención médica autoritaria, la naturalización de la violencia y un sistema de atención en salud jerárquico son favorecedores de las relaciones de poder que tienen lugar durante la atención del parto, y que son fuente de violencia obstétrica [21]. A esto se suma un estudio de revisión que reporta que la atención humanizada del parto es menos frecuente en gestantes adolescentes, de alto riesgo o de bajo nivel socioeconómico [22].

La atención a las mujeres durante el parto institucionalizado implica un sin número de prácticas por parte del personal de salud, encaminadas a garantizar un alumbramiento mediante intervenciones médicas dirigidas a la protección de ambas vidas, pero a su vez estas prácticas y el actuar propio del personal de salud constituyen un *habitus medicus* [16], que hace referencia a relaciones jerárquicas, las cuales se aprenden en la academia y se recrean en la práctica diaria, donde las mujeres atendidas y los profesionales de salud interactúan a partir del conocimiento aplicable a la atención en salud. El *habitus medicus* se observa con la práctica diaria, la espontaneidad preconsciente, la lógica de su quehacer y los mecanismos propios de la atención en salud, que son conductas institucionalizadas y que en ocasiones violan los derechos de las mujeres [16]. Esta relación subordinada se puede observar a partir del modo en que las instituciones organizan los servicios de obstetricia, en cómo se concibe la formación de los profesionales y la manera en que se representa a las mujeres, lo que coincide con que tanto la sociedad como ellas mismas naturalizan estas prácticas, legitimándolas e invisibilizándolas [23].

De este modo, este estudio tuvo como objetivo analizar las prácticas del personal de salud, durante la atención del parto, en una institución prestadora de servicios de salud (IPS) de la ciudad de Bogotá, para lo cual se describieron las prácticas de atención que tuvieron lugar en el encuentro entre el personal de salud y las mujeres, se identificaron las percepciones del

personal de salud frente a las prácticas de atención del parto y se identificaron las experiencias de las mujeres durante la atención del parto institucionalizado.

## Metodología

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo e interpretativo [24] entre junio y agosto de 2017,\* cuyo trabajo de campo incluyó: observación no participante [24] en las salas de parto de una IPS, durante 48 horas distribuidas en seis turnos (mañana, tarde y noche), en los cuales se observaron ocho partos; y entrevistas semiestructuradas [24] a las mujeres a quienes se les observó el parto y al personal de salud que las atendió.

### Instrumentos

Se construyó: 1) una guía para la observación no participante, que incluyó el registro de: espacio físico, prácticas del personal de salud y comportamientos de las mujeres atendidas; 2) una guía de entrevista para el personal de salud, que incluyó como categorías: “información sociodemográfica”, “percepción del personal de salud hacia las mujeres” y “prácticas del personal de salud”, y 3) una guía de entrevista para las mujeres, que abordó las categorías: “información sociodemográfica”, “accesibilidad a la información de procedimientos médicos”, “comunicación” y “experiencia durante el parto”.

Para la construcción de estos instrumentos se tuvieron en cuenta el marco teórico y la revisión de antecedentes [1,9,25,26]. Además, aquellos fueron revisados por tres investigadoras expertas en género y salud, como forma de validación. Cada instrumento fue sometido a una prueba piloto, posterior a lo cual se obtuvieron los instrumentos definitivos.

### Participantes

Para este estudio se seleccionó una IPS de atención a población afiliada al régimen contributivo, habilitada según normatividad vigente.

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a ocho participantes del personal de salud, dos por especialidad (ginecología, anestesiología, enfermería, auxiliares de enfermería), y a ocho mujeres atendidas en los servicios obstétricos de la IPS.

### Muestreo

Se hizo un muestreo teórico, según los siguientes criterios:

1. *Criterios de inclusión para la observación no participante:* personal de salud que trabaja en la atención del parto de la IPS. Mujeres que ingresaron en trabajo de parto directamente a la sala de trabajo de parto y parto.
2. *Criterios de exclusión para la observación no participante:* personal de salud y administrativo de la IPS que no trabaje en la atención del parto. Mujeres embarazadas que ingresaron a la institución por causas diferentes a trabajo de parto y mujeres menores de edad.
3. *Criterios de inclusión para las entrevistas semiestructuradas:* personal de salud que labora en salas de parto de la IPS de las especialidades de ginecología, anestesiología, enfermería y auxiliares de enfermería. Mujeres mayores de 18 años que ingresaron a la IPS en trabajo de parto.
4. *Criterios de exclusión para las entrevistas semiestructuradas:* cualquier integrante del personal de salud que no tuviera relación con la atención del parto o que no fuera de las especialidades antes mencionadas. Mujeres menores de edad.

### Análisis

Se llevó a cabo un análisis de contenido, mediante codificación abierta, axial y selectiva. Con los diarios de campo y las transcripciones de las entrevistas se efectuó una codificación abierta, con el fin de localizar unidades de significado relevantes dentro de lo narrado, para asignarles categorías y códigos, permitiendo inicialmente la emergencia de aspectos no contemplados [24]. Se continuó con una codificación axial entre los códigos obtenidos, a fin de agrupar categorías en temas y patrones, y establecer relaciones entre ellas [24], para finalizar con la codificación selectiva y así describir las relaciones e interconexiones entre las categorías identificadas [24].

Todo lo anterior se acompañó de la comparación constante de información proveniente de las tres técnicas de recolección de información implementadas.

Este análisis se elaboró de modo independiente; después se revisó en conjunto y se llegó al consenso entre las tres investigadoras.

Las categorías obtenidas mediante el criterio de saturación fueron: comunicación, trabajo rutinario y falta de coordinación, medicalización y subordinación; luego fueron trianguladas [27].

### Consideraciones éticas

Esta investigación recibió aprobación del Comité de Ética de la IPS, en el Acta 201, con fecha del 21 de marzo

\* Corresponde al periodo aprobado por el comité de ética de la IPS para realizar el trabajo de campo



de 2017. Se consideró de riesgo mínimo e incluyó la firma del consentimiento informado tanto por el personal de salud como por las mujeres participantes durante la observación y las entrevistas.

## Resultados

En las entrevistas semiestructuradas participaron ocho miembros del personal de salud que laboraban en el servicio de ginecología de la institución donde se

realizó el estudio (véase tabla 1) y ocho mujeres atendidas en el mismo servicio, a quienes se les había observado el parto durante las observaciones no participantes (véase tabla 2).

El análisis de contenido permitió establecer tres categorías: “Comunicación y empatía”, “Trabajo rutinario y falta de coordinación”, y “Medicalización y subordinación”; se destaca que esta última no se presentó en el análisis de contenido de las entrevistas del personal de salud.

**Tabla 1.** Información sociodemográfica del personal de salud entrevistado.

Ítem	Entrevista							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Genero	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Masculino	Femenino
Nivel educativo	Profesional especializado	Profesional	Técnico	Técnico	Profesional	Profesional especializado	Profesional especializado	Profesional especializado
Estrato socioeconómico*	5	3	3	2	2	4	4	4
Profesión	Médico	Enfermero	Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	Enfermera	Médica	Médico	Médica
Régimen de afiliación	Contributivo							
Hijos	Sí	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No
Tiempo laborando en la IPS	2 años	4 años	8 años	1 año	4 meses	3 años	1 año	1 año
Tipo de contrato	Indefinido							

\* Estrato: se refiere a la clasificación de los inmuebles residenciales, basado en la capacidad económica y poder adquisitivo, en una escala de 1 a 6, siendo 1 el más bajo y 6 el más alto.

**Tabla 2.** Información sociodemográfica de las mujeres entrevistadas.

Ítem	Mujer							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Tipo de parto	Cesárea	Cesárea	Parto eutócico	Parto eutócico	Cesárea	Parto eutócico	Parto eutócico	Cesárea
Edad	25	23	27	30	28	31	21	28
Nivel educativo	Bachillerato	Técnico	Técnico	Bachillerato	Profesional	Bachillerato	Bachillerato	Bachillerato
Estrato socioeconómico <sup>a</sup>	2	2	2	2	3	3	2	2
Ocupación	Hogar	Tecnóloga	Auxiliar enfermería	Estilista	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar
Régimen de afiliación	Contributivo							
Estado civil	Unión libre	Unión libre	Unión libre	Unión libre	Casada	Unión libre	Casada	Unión libre

<sup>a</sup> Estrato: se refiere a la clasificación de los inmuebles residenciales, basado en la capacidad económica y poder adquisitivo, en una escala de 1 a 6, siendo 1 el más bajo y 6 el más alto.

A continuación se presentan los hallazgos de las observaciones y de las entrevistas de forma independiente, y luego los resultados de la triangulación de la información, en torno a las tres categorías mencionadas.

### **Observación**

La IPS, ubicada en la zona norte de la ciudad de Bogotá, cuenta con una trayectoria de más de 10 años en la prestación de servicios obstétricos a mujeres afiliadas al régimen contributivo, atendiendo partos y cesáreas, en promedio 400 al mes.

El servicio dispone de una sala de trabajo de parto, adecuada con ocho camillas, separadas entre sí por una cortina blanca, que permanece recogida la mayor parte del tiempo, lo que limitaba la privacidad.

Las mujeres no tuvieron el acompañamiento de un familiar durante el trabajo de parto ni en el parto. Los especialistas les brindaron a los familiares presentes un informe de la evolución, y una vez presentado el parto, se les daba la oportunidad de ingresar para conocer al bebé y ver a las mujeres.

### *Comunicación y empatía*

Se observó la falta de comunicación entre el personal de salud y las mujeres, ejemplificada en las siguientes situaciones: el encuentro entre el personal de salud y las mujeres se iniciaba con la presentación de personal de salud, dando cumplimiento al protocolo institucional; los procedimientos médicos destinados a acelerar el trabajo de parto, a mejorar la sintomatología de dolor y el tacto vaginal no fueron informados antes de realizarse; las mujeres no eran llamadas por su nombre, sino por el número de la camilla o los centímetros de dilatación del cuello uterino; fue frecuente que el personal de salud utilizara términos y tonos infantiles para dirigirse a las mujeres, empleando apelativos como “mamá” y “mamita”; la aplicación de analgesia epidural se explicó mediante un formato escrito, entregado en momentos de mayor dolor. En este aspecto se observó también que, ante el dolor referido por las mujeres, el personal de salud las escuchaba, pero su actuar solo se limitaba a decirles: “Se tiene que calmar para que al bebé no le pase nada” o a reconocer su dolor diciendo: “Pobrecita”.

### *Trabajo rutinario y falta de coordinación*

Los tactos vaginales fueron hechos de forma rutinaria por parte del especialista en ginecología; se realizaban uno tras otro a todas las mujeres. El tacto fue continuado, al tiempo que se les decía: “flojita, flojita”, y en desconocimiento del dolor o incomodidad referidos por las mujeres.

Se observó que la atención del trabajo de parto y parto se repetía en una misma secuencia y de manera rutinaria.

La falta de coordinación entre el personal de salud se ejemplifica en la siguiente situación: en la sala se encontraba una mujer con mucho dolor; el especialista en ginecología había solicitado inicio de anestesia, pero el anestesiólogo no se hallaba disponible. Pasó cerca de una hora hasta que llegó una anestesióloga, quien le preguntó a la mujer si quería la anestesia; en medio del dolor, la mujer le respondió que sí. La anestesióloga preguntó: “¿En cuánto está la paciente?”. Nadie respondió, ya que el obstetra había salido de la sala.

Basándose en los datos de la historia clínica, la anestesióloga le preguntó a la mujer si le habían puesto analgesia antes; ella indicó que sí y que le había ido muy mal, porque casi no sintió las piernas después de la cesárea. La anestesióloga omitió esa información y prosiguió, indicándole que debía firmar el consentimiento; en medio del dolor, la mujer firmó, sin leerlo. Cinco minutos después de aplicado el medicamento, la mujer indicó que quería pujar. Cuando el ginecólogo llegó, la auxiliar le informó que la anestesióloga le había puesto analgesia y que no sabía en cuánto estaba la dilatación; acto seguido el especialista realizó el tacto y dijo: “Está en siete centímetros de dilatación”. Solo dos o tres minutos después volvió a hacer el tacto sin avisarle a la mujer y decidió pasarla a la sala de parto, dado que se encontraba en expulsivo.

Cada especialista llevó a cabo el procedimiento que le correspondía, sin haberlo discutido previamente, lo que sometió a la mujer a una intervención innecesaria, dado el estado avanzado de su trabajo de parto, como la aplicación de medicación para el dolor sin considerar el tiempo transcurrido entre la solicitud y la respuesta del servicio de anestesia.

### *Medicalización y subordinación*

Durante el trabajo de parto, el dolor fue manejado con medicamentos, al igual que la inducción y el manejo posparto. En todos los casos, la prescripción de estos correspondió al criterio del especialista.

Se evidenció que, mediante el suministro o no del medicamento, el trabajo de parto fue controlado en correspondencia con los turnos del personal de salud. A las mujeres que recibieron medicación para inducción del parto durante el turno de la tarde, les fue suspendida al llegar la noche, con el fin de continuar el trabajo de parto al día siguiente, sin importar que hubiesen iniciado actividad uterina.

En los partos observados no se realizaron enemas o cateterismos vesicales, y se mantuvo una monitorización continua de madre e hijo y acompañamiento permanente de algún miembro del personal de salud.

En el posparto inmediato también se observó medicalización, que se ejemplifica en la forma en que eran acomodadas las mujeres en las camillas de recuperación, ya que se encontraban con el brazalete del

control de la tensión arterial en un brazo y, en el otro, la venoclisis, mientras que les era entregado el recién nacido para amantar.

Fue habitual que los especialistas explicaran parcialmente los procedimientos a las mujeres y que, con gestos amables, usaran palabras que en el fondo constituían la transferencia del riesgo a ellas y su subordinación frente al personal de salud. La siguiente observación ejemplifica lo anterior: mientras el especialista en ginecología realizaba la atención, hizo la episiotomía sin informar previamente a la mujer; así mismo, le efectuó la maniobra de Kristeller sin informarle. Una vez se produjo el alumbramiento, el especialista le indicó a la mujer que, dado que su bebé la había rasgado, debía proceder a suturarla, procedimiento que llevó a cabo sin ofrecer una intervención alternativa y sin tener en cuenta el dolor que la mujer le manifestaba.

### Percepciones del personal de salud

#### *Comunicación y empatía*

El personal de salud entrevistado comentó que se presentan ante las mujeres con el nombre y la profesión de una manera rutinaria, sin mayor interacción con la mujer. En ningún relato fue relevante indagar sobre el contexto social o la situación particular de la mujer que se iba a atender.

No hay empatía, porque en eso también tiene que haber empatía con los pacientes, porque a veces uno llega y la paciente no le cae a uno bien (Mujer profesional en enfermería).

El personal de salud considera que a las mujeres les falta educación para el proceso de parto, para que lleguen mejor preparadas y el proceso se facilite; manifiestan que durante el parto se pierde la capacidad de raciocinio y que sería más fácil si ellas siguieran las recomendaciones dadas.

A pesar de que uno ya les ha dicho siete mil setecientas setenta veces, no entienden; entonces, ya son cosas que se le salen a uno de las manos, que uno no sabe cómo explicarles, cómo decirles (Hombre profesional en enfermería).

En las entrevistas se identifica que reiteradamente, en la comunicación que se establece entre el personal de salud y las mujeres, dirigida a dar indicaciones durante el proceso de parto, se transfiere el riesgo y la responsabilidad de los desenlaces del parto a la mujer, en ocasiones culpándolas de las situaciones o complicaciones.

Entonces, se le explicaba que era, pues, en beneficio del niño; entonces, ella no colaboraba, y entonces, a lo que hiperventilaba, hacía que no pensara bien las consecuencias (Mujer profesional en enfermería).

#### *Trabajo rutinario y subordinación*

El personal de salud describió su labor como una rutina, caracterizada por el cumplimiento de aspectos técnico-científicos. Resaltaron la adecuada atención médica que se brinda, enfocada en la mitigación de riesgos y daños, y que sus prácticas están centradas en la atención protocolaria y mecánica en la mujer. También resaltaron que tienen una adecuada vinculación laboral.

Asimismo, se evidencia, con lo descrito en las entrevistas, una atención rutinaria, homogénea y centrada en el protocolo de la institución.

De 1 [de la tarde] a 7 de la noche es nuestra jornada laboral. Recibimos turno en conjunto. Como tenemos delegadas funciones, entonces revisamos lo que tenemos a cargo, como inventario, revisar las salas que todo esté completo. Es una revisión general de cada sala; cada persona tiene asignada un área. Entonces, después que se revisa eso —son estimados de 5 a 10 minutos—; entonces, después de eso, ahí sí hacemos la entrega formal del turno. Yo entrego y recibo, que son aproximadamente 15 minutos. Revisamos las pacientes, el estado general, todo tiene que ser rápido, para que no se pase ninguna cosa (Mujer profesional en enfermería).

A partir de las entrevistas semiestructuradas efectuadas al personal de salud, se identificó la relación que establecen con las mujeres que atienden, fundamentada en una posición de dominación, donde estas deben aceptar y obedecer órdenes, en ocasiones sin calidez ni explicación de las mismas.

Las pacientes que acuden a este centro saben que es un centro docente asistencial y están sometidas a escrutinio generalizado de toda la cadena de ascenso (Hombre especialista en ginecología).

A su vez, en esta interacción se puede resaltar que el personal de salud naturaliza esta forma de relación, respaldándola en que la mujer, por su bienestar, debe seguir las instrucciones.

[...] paciente de 18 años y cuando llegó al expulsivo, se alborotó, se enloqueció; se paraba en la camilla, daba vueltas, se me saltó la baranda y se bajó al piso; no quería seguir las recomendaciones; no pujaba bien, a pesar de que se le explicaba; se quitaba toda la monitorización. Terminó en cesárea, porque no se logró que ella siguiera las recomendaciones que se le daban sobre cómo pujar y no lo pudo pujar (Mujer especialista en ginecología).

Además del seguimiento de instrucciones, el personal de salud subrayó la importancia de que las mujeres tengan una actitud colaboradora en el momento del parto; las mujeres que no tienen esta disposición son valoradas de forma negativa.

Había una paciente que en su dolor se exaltó, no quería nada, quería que le sacaran el niño por cesárea, no quería colaborar (Mujer profesional en enfermería).

Hay una naturalización respecto a la ausencia de privacidad como parte de la atención de parto. Esto coincide con la situación observada durante el trabajo de campo, sobre la disposición de los espacios en las salas de la institución.

La paciente del lado está pujando, está gritando, está desnuda, pues tapada sí con una sábana y todo, pero, pues, hay momentos que hay que estar vigilando el trabajo de parto (Mujer especialista en ginecología).

En relación con la subordinación, se destaca que el personal de salud percibe que el comportamiento de las mujeres atendidas es diferente según el régimen de afiliación. Si bien las mujeres atendidas en la institución donde se realizó este estudio pertenecen al régimen contributivo, la relación que se establece con ellas es distinta de la que se entabla con mujeres afiliadas al régimen subsidiado o en servicios de medicina prepagada, a quienes atienden en otras instituciones donde también hacen turnos.

Para dicho personal, las mujeres que acceden a los servicios por medio de un plan de medicina prepagada o un plan complementario, pueden tener mayor educación y conocimiento, y esto lo relacionan con que son más exigentes y “caprichosas”, lo que genera una demanda adicional para el personal de salud.

[...] Porque hay clínicas donde son estratos altos y son muy difíciles; ellas están acostumbradas a que todo lo tienen fácil, todo se lo dan rapidísimo (Hombre profesional en enfermería).

[...] “mmm, me duele la herida”, “me duele la mmm”, no sé, “tengo dolor bajito”, lo que fuera; son mucho más demandantes en ese sentido. Es una atención que es más desgastante emocionalmente (Hombre especialista en ginecología).

[...] las subsidiadas son como más permisivas; desde un inicio, pues, hasta un final, ellas se dejan tratar (Hombre profesional de enfermería).

### Percepciones de las mujeres

En términos generales, las mujeres percibieron que la atención recibida fue buena. En las entrevistas, no hicieron mención de forma particular respecto al trato recibido por los especialistas; en cambio, sí refirieron que se habían sentido bien atendidas por el personal de enfermería, salvo casos puntuales, en los que manifestaron que las auxiliares fueron indiferentes a sus solicitudes.

[...] yo entiendo que el estrés es complicado, que todas ahí aguantando dolor, y estar muy atentos de cada una, pues, es difícil; pero yo también creo que es tener la

actitud y el profesionalismo de atenderlo a uno, porque, pues, uno también es persona, y en ese momento como mujer se siente muy vulnerable por el dolor, por estar rodeada de tantas mujeres, estar en una situación donde uno no está cómodo completamente; entonces, de pronto sí como ser un poquito más persona en eso y no verle el lado fastidioso al caso (Mujer 2).

### Comunicación y empatía

Los relatos de las mujeres describen sus opiniones acerca de la dificultad que tiene el personal de salud para responder adecuadamente a sus inquietudes o requerimientos, desde la explicación antes de realizar algún procedimiento, hasta la solicitud de agua o algún alimento; señalan la falta de empatía, cuidado y privacidad. La falta de información sobre su proceso de parto les genera ansiedad, incertidumbre y angustia.

Todas las entrevistadas refirió haberse sentido desinformadas, incomunicadas con el personal de salud y sus familiares, y vulnerables, por el desconocimiento sobre lo que sucedería en el parto.

De pronto en ese momento sí me sentí como muy vulnerable, porque había muchas mujeres en la sala de parto, y pues siempre era como, no sé, los nervios de saber si era por cesárea o por parto natural, porque incluso los médicos, pues, al principio, la idea que me decían era que fuera por parto natural, pero a último minuto, pues, fue por cesárea, porque ya no se podía pasar más el tiempo (Mujer 8).

Para las participantes, la respuesta que otorga el personal de salud es informar protocolariamente los procedimientos, sin tener en cuenta la opinión de las mujeres o sus creencias sobre la atención del parto.

[...] en ese momento, cuando me anestesiaron, yo sentí que no estaba completamente anestesiada, y cuando comenzaron el procedimiento, yo sentí mucho dolor y después de eso me sedaron y me aplicaron morfina, creo. Esa parte fue lo que no me pareció, porque no tuvieron en cuenta cuando yo les dije que no estaba dormida. Pues, yo creo que deberían tener más en cuenta lo que uno dice en ese momento. Yo creo que si hubiera sido mi primera cesárea, yo pensaría que era capricho; pero como ya era mi segundo procedimiento, yo ya sabía que yo sí sentía; él me tocaba las piernas y yo sentía, y yo sabía que no debería sentir (Mujer 5).

La comunicación con sus familiares fue mencionada como un elemento fundamental para disminuir su ansiedad; relataron que pasaron muchas horas en aislamiento y que la información que les dieron a sus familiares fue inespecífica. Asimismo, las mujeres que tenían hijos manifestaron preocupación por ellos, lo que les generó mayor ansiedad.

A mi familiar le dijeron era que la información solo la daban a las once de la mañana y por ahí a las seis

de la tarde, que era cuando cambiaba el turno del ginecólogo. Entonces, era un transcurso de tiempo muy largo, que ellos no sabían de mí y yo no sabía de ellos (Mujer 3).

Dada la falta de privacidad, las mujeres entrevistadas mencionaron haber sentido angustia y vulnerabilidad por ver a las otras “compañeras” en trabajo de parto y con dolor, y que, a su vez, la respuesta del personal de salud no fuera receptiva, ante lo cual prefirieron vivir su trabajo de parto en silencio, buscando no causarles molestias adicionales.

Las mujeres manifestaron entender que no son únicas dentro de la atención y que hay más mujeres alrededor que requieren ser atendidas; sin embargo, dijeron que les molesta ser ignoradas y no recibir respuesta a sus solicitudes.

#### *Trabajo rutinario y falta de coordinación*

Los tactos vaginales se hacen de manera rutinaria; la percepción de las mujeres entrevistadas es que el personal de salud lo realiza una a una, por orden, sin comunicarlo previamente, resaltando que no lo informan, aspecto que fue manifestado con normalidad por parte de las mujeres.

No, pues, eso le hacían de rutina a todas, porque pues en realidad, cuando llegaba el doctor que le tocaba, él tenía que ver dónde iba la paciente (Mujer 7).

Algunas mujeres percibieron que, debido a la permanencia en los servicios obstétricos, el personal de salud pierde empatía con las necesidades de las mujeres, lo que les resta sensibilidad.

Pero, sí digamos que el trato que yo vi con esa chica, que yo digo que llegó manchando, fue brusco, fue violento, fue impactante, porque como que era tan insensible: “sí, sí, sí, tome su turno y espere”, y uno: “pero véala, pobrecita, está que se muere y ustedes no la atienden”. Ese era como el dolor ajeno, o no sé si será porque uno no está en eso y ellos están todo el tiempo en eso, y no sé si se vuelven de corazón duro (Mujer 2).

Para algunas mujeres, el trabajo del personal de salud presentó falta de coordinación. Refirieron situaciones en las que notaron discrepancia de conceptos en la toma de decisiones y falta de trabajo en equipo, lo que les hizo sentirse vulnerables y con incertidumbre.

[...] una de las estudiantes de enfermería me iba a poner el medicamento y me di cuenta que la jefe de enfermería se dio cuenta que la estudiante estaba aplicando mal el medicamento (Mujer 4).

#### *Medicalización y subordinación*

Las entrevistadas refirieron prácticas como la aplicación de medicamentos endovenosos, ruptura de membranas

para acelerar el trabajo de parto, inducción de trabajo de parto de acuerdo con la rotación de los turnos del personal de salud.

[...] me colocaron el medicamento para iniciar el proceso y como a las seis de la tarde ya me lo suspendieron, porque sí me había iniciado las contracciones, pero no había dilatado mucho; entonces, el médico me lo suspendió por la noche y el otro médico [que] me comenzó a ver como a las siete de la mañana, me dijo lo mismo (Mujer 6).

Varias mujeres relataron que se les suspendió el medicamento de inducción de parto en el turno de la noche y que fue reiniciado al día siguiente. Una mujer menciona que, al iniciar el turno al día siguiente, el especialista le dijo:

[...] “vamos a iniciar trabajo de parto a ver si salimos de eso hoy”. Me colocó el medicamento. Como a las once de la mañana estaba como en cuatro, me dijo que me iba a romper membranas, para que fuera más rápido el proceso (Mujer 6).

Algunas mujeres relatan la derivación a cesáreas, cuando la expectativa inicial era un trabajo de parto normal y las mujeres lo deseaban; indicaron, sin embargo, que por la salud de su hijo aceptaron los motivos por los que se les realizó el procedimiento quirúrgico. Las mujeres, en general, indican que fueron informadas antes de hacerles la cesárea, ante lo cual se mostraron agradecidas.

Yo realmente no quería, o bueno, no lo esperaba, porque había tenido otra niña antes y había sido un parto vaginal; pero, pues, era de alto riesgo por el tamaño del bebé y pues obviamente primero está la salud del bebé y pues la mía. Entonces, pues yo accedí; pero, pues, me dieron siempre las razones. Yo dije que no quería cesárea cuando me dijeron que era cesárea, pero de una manera muy amable me hicieron entender por qué había sido, o sea, no sentí en ningún momento que fuera una obligación ni nada (Mujer 2).

Relataron que en los casos en que las mujeres eran más demandantes en la atención, el personal de salud decidió realizar cesárea para acortar el tiempo de estancia en la sala de trabajo de parto.

[...] todas con ese dolor y mire, esa muchacha que se paraba, se sentaba, gritaba, se subía y se bajaba. La pasaron a cesárea rápido, fue por eso.

[...] la van a pasar, porque los médicos están cansados con ella, o sea, ella los desesperó para que la atendieran rápido (Mujer 1).

En los relatos de las mujeres entrevistadas, se mencionan algunas prácticas que sugieren subordinación en la atención, resaltando que hacen referencia a lo sucedido a las demás mujeres y no manifiestan experiencias propias.

Una “mamita” le decía a una de las que nos atendió que ya no podía más y le dijo que ella sabía a qué se sometía y, si no, para qué lo había hecho; pero de una forma no tan pacífica como la estoy diciendo yo, que hasta incluso yo la mire, como “eso no se dice” (Mujer 3).

## Discusión

A partir de la triangulación de la información recolectada, se analizaron las prácticas que se ejercen durante la atención del parto mediante las categorías que se enuncian en los siguientes apartados.

### Comunicación y empatía

Tanto la observación como las entrevistas a las mujeres concuerdan con lo dicho por el personal de salud, al indicar que la comunicación hace parte de un protocolo. Para el personal de salud, el suministro de información responde a un protocolo, pero no es de su interés saber si aquellas comprenden la información suministrada; consideran que las mujeres no están educadas en la atención del parto y que ese momento específicamente es de tal confusión que no les permitirá entender lo que está sucediendo. Para las mujeres, el personal de salud no responde sus inquietudes, lo cual propicia la subordinación e incrementa la confusión de las mujeres, como se ha reportado previamente en otro estudio [26].

A partir de las entrevistas al personal sanitario se observó que la relación que este establece con las mujeres atendidas se enmarca en un conjunto de significados acerca de los comportamientos de colaboración y seguimiento pasivo de instrucciones que ellas deben asumir durante el parto [19-21], lo que tiene que ver con lo reportado previamente acerca de que, para los especialistas, la comunicación es interrumpida por el nivel educativo y cultural de las mujeres [16].

Para las mujeres y el personal de salud, una mujer que no demande más atención de la necesaria, se mantenga silenciosa, respire adecuadamente y coopere con las indicaciones del especialista es la paciente ideal. Para las mujeres entrevistadas fue claro que una mujer que grite o se comporte de manera inapropiada por dolor o cualquier sensación de falta de bienestar, recibirá menos atención que quien obedezca las indicaciones del personal de salud.

Tanto en la observación como en las entrevistas al personal de salud se evidenció la utilización de un lenguaje infantilizado [28], que puso de manifiesto la intención de brindar una comunicación empática. Sin embargo, como señalan Castro y Erviti, este lenguaje genera y fortalece el poder del personal de salud sobre las mujeres [16].

Entre las mujeres entrevistadas fue frecuente mencionar el hecho de no tener información de sus

familiares durante largas horas; para el personal de salud, por el contrario, fue reiterativo responder que brindan información en ciertos momentos del turno, como parte del protocolo de la institución. Respecto a esto, la OMS [2,3] señala la importancia del acompañamiento de una persona elegida por la mujer durante el parto.

### Trabajo rutinario y falta de coordinación

En la observación participante y en las respuestas de las mujeres en las entrevistas se resalta que las prácticas del personal de salud dentro de la sala de trabajo de parto eran ejercidas de manera rutinaria; en especial se hizo mención a los tactos vaginales. Es importante el hecho de que el personal de salud no mencionara esta situación de forma particular, lo que puede sugerir que para ellos es una práctica naturalizada que no amerita mayor mención.

También se puede señalar que la atención a las mujeres por el personal de salud es mecanizada y protocolaria, propiciada por la institución, lo que fue referido por aquellas como una atención carente de empatía, apreciación que coincide con lo observado en la sala de partos.

Lo anterior contrasta con la inclusión del parto humanizado en la Política de Atención Integral en Salud, según Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social [5], lineamientos que adoptan la declaración de la OMS [2], y que señalan el derecho que tiene una mujer a ser atendida de manera digna y con la mejor calidad, respetando su intimidad y derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

De igual manera, estas prácticas rutinarias han sido evidencia de que el personal de salud, al brindar atención o al efectuar los procedimientos de revisión rutinarios durante el trabajo de parto, genera falta de respeto hacia las mujeres [11-18].

### Medicalización y subordinación

En la observación y las entrevistas se evidenció la medicalización del parto, tal como aparece reportado en estudios previos [13,15,19,28], en particular en relación con la inducción farmacológica del mismo, ruptura de membranas para acelerar el trabajo de parto, uso sistemático de episiotomías, inmovilización, aislamiento y presión fúndica durante el parto, también conocida como la “maniobra de Kristeller”, sin que fueran parte de un protocolo institucional.

La información aportada por las mujeres y las notas derivadas de la observación coinciden en que la inducción del parto dependió de la rotación de turnos según disposición del personal de salud; es decir, que el trabajo de parto dejó de ser un proceso natural y pasó a ser un proceso controlado, según las necesidades laborales del personal de salud. Lo anterior reitera lo reportado previamente [22] acerca de la aceleración del

parto por el personal de salud, con el fin de cumplir con las actividades asignadas en menos tiempo, generando en las mujeres momentos de desinformación, incertidumbre y vulneración durante el parto.

Tales acciones del personal de salud contrastan con las guías de la OMS [1-3,29], donde se reporta que dichas prácticas tienen poca evidencia científica y son perjudiciales e ineficaces, por lo que su uso inapropiado puede ser nocivo [29]. Una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto afecta la autonomía y la dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto [3].

Con relación a la maniobra de Kristeller, aunque este procedimiento fue observado durante el trabajo de campo, en las entrevistas el personal de salud afirmó no realizar esta práctica, al tiempo que las mujeres no lo refirieron puntualmente, por el desconocimiento técnico de esta práctica. Lo anterior permite afirmar que la maniobra aún es una práctica habitual, naturalizada en el personal de salud y las mujeres. Dicha maniobra es clasificada en categoría C según la OMS [29], grupo que recoge las prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que, por tanto, debieran evitarse.

Es importante puntualizar que las prácticas de la atención del parto en las mujeres se caracterizan por una atención homogeneizada y subordinadora por el personal de salud, propiciadas en parte por las instituciones, con las que se desconocen la individualidad y el requerimiento de cada mujer, lo que da cuenta del *habitus medicus* reportado en estudios previos [13,21,23]. Como ejemplos, en la observación participante se evidenció falta de privacidad, atención generalizada, referencia a las mujeres según dilatación del cuello uterino, aislamiento, atención sin calidez y mayor importancia a aspectos laborales que a la atención a la mujer.

Las mujeres refirieron falta de privacidad, aislamiento y algunas muestras de trato desinteresado de parte del personal de salud, lo que contrasta con que, en las entrevistas, este no percibió tales situaciones y consideró normal el trato dado, el aislamiento y la falta de privacidad, como se mencionó en estudios previos [19,23,28]. Al respecto, un estudio realizado en México indicó que el 89 % de las mujeres entrevistadas manifestaron haber sentido temor en algún momento de trabajo de parto y que el 69 % refirió sentir pena por la falta de privacidad a lo largo del trabajo de parto, relacionada con la presencia de varias personas a la vez, muchas personas haciendo recorridos permanentes y muchos médicos efectuando tactos vaginales [26].

Tanto el personal de salud como las mujeres coincidieron al mencionar que las solicitudes encaminadas a resolver inquietudes de las mujeres son una molestia adicional que incomoda al personal

de salud, lo que también se observó en el trabajo de campo. Si bien en el trabajo de campo se evidenciaron acciones autoritarias por parte del personal de salud, en las entrevistas ni las mujeres ni el personal de salud reconocieron que dichas prácticas las subordinaban [19,28]. Las prácticas están normalizadas [23].

Previamente, se ha mencionado que la violación de los derechos reproductivos durante la atención del parto da cuenta de una forma de autoritarismo, al realizar la atención a una mujer adolorida y angustiada que se espera se comporte con obediencia y conformidad, lo que puede suponer un modo de subordinación [16,17]. Lo anterior coincide con lo observado en el trabajo de campo y lo relatado por las mujeres, donde se resaltó la descalificación de los preconceptos y saberes de las mujeres, como se ha expuesto en otros estudios [10,19,28].

Sobre las cesáreas, tanto el personal de salud como las mujeres entrevistadas manifestaron que la realización de cesárea también corresponde a una forma práctica de completar el parto y que en algunas ocasiones este procedimiento se efectuó a las mujeres que causaron requerimientos adicionales durante el trabajo de parto. Es este un tema de importancia, ya que la OMS recomienda cumplir con una tasa de cesárea no mayor al 15 % en comparación con un parto eutócico, y resalta que, como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar muchos años después de la intervención y afectar la salud de la mujer y del neonato [3].

Respecto a lo anterior, se afirma que la alta tasa de cesáreas es un problema mundial [3]. En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística reportó un aumento en la tasa de cesáreas a 61,1 % durante el 2013 [30]. Este aumento ha sido calificado por las autoridades en salud como una epidemia, resultante del contagio social, que corresponde a las preferencias y expectativas de las mujeres [31]. Tal posición contrasta con este estudio, donde la cesárea no fue realizada a solicitud de las mujeres según sus expectativas ni preferencias, sino según necesidades clínicas y también como una forma de culminar el parto rápidamente.

## Conclusiones

Si se tiene en cuenta que hay una carencia de estudios nacionales en revistas científicas que aborden la atención del parto en las instituciones de salud desde las perspectivas del género y la humanización; que hay un debate actual en el país sobre la atención del parto, de cara a la reciente visibilización de la violencia obstétrica; que hay importantes retos derivados de la implementación del nuevo modelo de atención en salud vigente en Colombia, y que la mayoría de estudios revisados se centra en la perspectiva de las mujeres, se

puede afirmar que este estudio constituye un aporte a la literatura científica, regional y nacional, relacionado con la atención dada a las mujeres durante la asistencia institucionalizada del parto, pues se incluyeron diversas fuentes de información que permitieron analizar, en un mismo estudio, la atención del parto según las prácticas observadas en una sala de partos, los significados del personal de salud que allí labora y las experiencias de las mujeres a quienes se observó durante su parto.

Sin desconocer los beneficios que la práctica médica ha tenido en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, es pertinente revisar las prácticas del personal de salud hacia las mujeres durante la atención del parto, de cara a los lineamientos internacionales y nacionales actualmente vigentes sobre el parto humanizado.

En este estudio se estableció que la atención durante el parto pone a las mujeres en una posición subordinada respecto al personal de salud y que las prácticas son ejercidas rutinariamente y sin la suficiente coordinación, lo que se aúna a fallas en la comunicación y se traduce en una vulneración de sus derechos durante la atención. Las prácticas de atención en salud propician la homogeneización de los cuerpos y dificultan el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos.

La medicalización, vista como el aislamiento, la falta de privacidad, la utilización de fármacos para inducción del trabajo de parto, la ruptura de membranas para acelerar el parto, entre otros, está normalizada entre las mujeres y el personal de salud, siendo un mecanismo para controlar el trabajo de parto, en virtud de aminorar los tiempos y mitigar los riesgos, aspecto propiciado por la institución en el control de sus tiempos. Esta situación, aunque predominó durante la observación, no tuvo reconocimiento entre el personal de salud ni entre las mujeres, siendo un asunto normalizado que aporta a la problematización de la atención del parto y visibiliza factores que justificaron la realización del estudio.

De acuerdo con los resultados, surgen algunas recomendaciones: 1) antes de implementar las políticas de humanización de servicios, determinadas según la normatividad vigente, las instituciones de salud deberían visibilizar esta problemática; 2) la calidad de la atención no solo debe ocupar la infraestructura y los protocolos, sino también brindar un enfoque de humanización y verificación de prácticas del personal asistencial; 3) se requiere voluntad institucional para modificar el modelo de atención, encaminado a mejorar los esquemas de atención y trato hacia las mujeres; y 4) instituciones y entes de control deberían proporcionar instrucción al personal de salud acerca de la humanización de servicios, enfocados a la comunicación empática, respeto por las mujeres y su dignidad, así como al reconocimiento de sus necesidades y la garantía de sus derechos.

## Financiación

No se contó con financiación para la realización de este estudio.

## Conflicto de interés

Cada una de las autoras declarara que no se presentaron conflictos de intereses en la realización y difusión de esta investigación.

## Declaración de responsabilidad

Las autoras declaran que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra, Suiza: OMS [internet]. 2014. [citado 2017 mar. 20]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1)
2. World Health Organisation. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-7.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra, Suiza: OMS [internet]. 2015. [citado 2017 ene. 29]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
4. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud (2016 feb. 17) [citado 2017 ene. 29]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)
5. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal. Bogotá (2018 jul.) [citado 2017 ene. 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-ruta-materno-perinatal.pdf>
6. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de derechos. Bogotá: Taller creativo Aleida Sánchez; 2005. <https://www.unicef.org/colombia/pdf/IAMI-1.pdf>
7. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias [internet]. 2013 [citado 2017 ene. 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
8. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Circular 016, Fortalecimiento de acciones que garanticen la atención segura, digna y adecuada de las maternas en el territorio nacional



- (2017 mar. 1). [citado 2017 mar. 20]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20No.0016%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.0016%202017.pdf)
9. Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Rev. Red Bioética / UNESCO*. 2013;1(7):25-34.
  10. Wohlgenuth M. El parto. Un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica [tesis de licenciatura]. Quito: Universidad San Francisco de Quito; [internet]. 2015 [citado 2017 jun. 14] Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4240/1/121003.pdf>
  11. Fornes V. Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti K, coordinadores. *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: CICCUS; 2001. pp. 133-153.
  12. Chiarotti S. Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rodario, Argentina: Instituto de género, derecho y desarrollo (INSGENAR).- Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM); 2008.
  13. García D, Díaz Z, Acosta M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2013;39(4):718-32.
  14. Villegas A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Rev. Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2009;14(32):125-46.
  15. Alemán N. Entre lo formal y lo sustantivo: la calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sex. Salud Soc*. 2017;(27):97-117. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>.
  16. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López Rico BL, Espinoza G, compiladores. *Género y política en salud*. México: SSA-UNITEM; 2003. pp. 255-73.
  17. Castro R, Erviti J. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: Librunam; 2015.
  18. Valdez R. *El abuso hacia las mujeres en salas de parto. Nueva evidencia sobre un viejo problema*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013.
  19. Monroy S. El continuo ginecobs-tétrico. Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en servicios de salud en Bogotá [tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
  20. Vallana V. *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá [tesis de Maestría]*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2016.
  21. Briceño X, Enciso L, Yepes C. Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qual. Health. Res*. 2018;28(8):1308-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732318763351>
  22. Cáceres F, Nieves G. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. *Rev. Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2017;68(2):128-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1859>
  23. Bellonn S. *Obstetric violence: medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? [Tesis de Maestría]*. [Granada, España]: Universidad de Granada; 2014.
  24. Hernández R. *Metodología de la investigación*. 5.a ed. México: Mc Graw Hill; 2010. pp. 392-542.
  25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2005. Capítulo 4. Atender 136 millones de partos anuales. Ginebra Suiza: OMS [internet]. 2005 [citado 2017 mar. 20]. Disponible en: [https://www.who.int/whr/2005/overview\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf)
  26. Jasis M. A palabras de usuaria, oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En: Claudio S, Javier E, Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación. México: El Colegio de México; 2000. pp. 97-143.
  27. Arias, M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2000;18(1):13-26.
  28. Valenzuela, M. *Calidad de la atención con perspectiva de género*. México: Plaza y Valdez; 2001.
  29. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra, Suiza: OMS [internet]. 1996 [citado 2017 jun. 14]. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms\\_cuidados\\_parto\\_normal\\_guiia\\_practica\\_1996.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guiia_practica_1996.pdf)
  30. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. *Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia 2015- Estudio piloto - Resultados de partos por cesárea*; 2015.
  31. Gaviria A. La epidemia de cesáreas [internet]. 2017 jul. 14. [citado 2017 sep. 10]. Disponible en: <http://agaviria.blogspot.com.co/2017/07/la-epidemia-de-cesareas.html>



# Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres?

Vasectomy in Colombia: how to adapt healthcare services to the needs of men?

Vasectomias na Colômbia: ¿como customizar os serviços da saúde nas necessidades dos homens?

Sandra Marcela Sánchez-Molano<sup>1</sup>, Luz Janeth Forero-Martínez<sup>2</sup>, Juan Carlos Rivillas-García<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Coordinadora operativa. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), Bogotá, Colombia. msanchez@profamilia.org.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9001-3785>

<sup>2</sup> Gerente de Proyectos e Investigaciones. Profamilia, Bogotá, Colombia. luzjaneth.forero@profamilia.org.co. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9379-836X>

<sup>3</sup> Director de Investigaciones. Profamilia, Bogotá, Colombia. juan.rivillas@profamilia.org.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0961-3079>

Recibido: 02/11/2018. Aprobado: 23/01/2019. Publicado: 24/02/2019

---

Sánchez-Molano SM, Forero Martínez LJ, Rivillas-García JC. Vasectomías en Colombia: ¿cómo adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):66-77. DOI:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a11

---

## Resumen

**Objetivo:** Caracterizar sociodemográficamente a los hombres que se practican vasectomías en Colombia, para generar evidencia que oriente la adaptación de los servicios de salud, con un enfoque de equidad de género, a las necesidades de los hombres. **Metodología:** Estudio descriptivo a partir de la “Encuesta Nacional de Demografía y Salud” de 2015, y del registro de los usuarios que accedieron al servicio de vasectomía en la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) durante los años 2015 y 2016. Las variables utilizadas fueron: edad, nivel de escolaridad, lugar de residencia, pertenencia étnica, estrato de residencia, estado civil, número de hijos nacidos vivos y variables relacionadas con roles de género. **Resultados:** El porcentaje de hombres que acceden a la vasectomía ha aumentado, aunque no con la intensidad esperada. En términos generales, el perfil del hombre que decide realizarse la vasectomía en Colombia es un joven

entre 30 y 40 años, de los estratos 2 y 3, residente en zonas urbanas, al menos con un nivel educativo de básica secundaria, casado y con hijos, y contribuyente al sistema de salud. Se observó la persistencia de barreras de tipo social y cultural que afectan el uso de este método anticonceptivo. **Conclusiones:** Este estudio permitió una aproximación al perfil del hombre colombiano que se realiza la vasectomía. **Recomendaciones:** Ampliar la vasectomía como opción disponible y de fácil acceso para los hombres; eliminar estereotipos de género, y promover que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas; implementar modelos de atención en salud sexual y reproductiva más inclusivos y centrados también en las necesidades de los hombres.

-----**Palabras clave:** vasectomía, salud sexual, salud reproductiva, género y salud, anticoncepción.

---

## Abstract

**Objective:** to conduct a sociodemographic characterization of the men undergoing vasectomies in Colombia in order to generate evidence to guide the process of adapting healthcare services to the needs of men with an approach based on gender equity. **Methodology:** A descriptive study which used the 2015 "National Survey of Demography and Health" and the records of individuals who used the vasectomy services of Profamilia (Association for the Well-being of the Colombian Family) during 2015 and 2016. The variables used were: age, schooling level, place of residence, ethnicity, residence stratum, marital status, number of children born alive and variables related to gender roles. **Results:** The amount of men using vasectomy services has increased, although not with the expected intensity. In general terms, the men who decide to undergo vasectomy in Colombia are aged 30 to 40 years, from

strata 2 and 3, live in urban areas, their schooling level is at least secondary education, are married and with children, and contribute to the health system. Social and cultural barriers were observed which affect the usage of this contraceptive method. **Conclusions:** This study made it possible to have a first glimpse of the profile of the Colombian men undergoing vasectomy. Recommendations: to extend vasectomy as an option available and readily accessible for men. Avoiding gender stereotypes and encouraging men and women to share contraceptive responsibilities. Implementing sexual and reproductive healthcare models that are more inclusive and also focused on the needs of men

-----**Keywords:** vasectomy, sexual health, reproductive health, gender and health, contraception

## Resumo

**Objetivo:** Caracterizar sócio demograficamente aos homens que se praticam vasectomias na Colômbia, para gerar evidencia que oriente a adaptação dos serviços de saúde, com um foco de equidade de gênero, nas necessidades dos homens. **Métodos:** Estudo descritivo baseado no "Enquete Nacional de Demografia e Saúde" do 2015, e do cadastro dos utentes que acessaram ao serviço da vasectomia na Associação Pro bem-estar da Família Colombiana (Pro família) durante os anos 2015 e 2016. As variáveis empregadas foram: etária, grau de escolaridade, local de moradia, origem étnica, estrato da vivenda, estado civil, número de filhos nascidos vivos e as variáveis alusivas com roles de sexo. **Resultantes:** A percentagem dos varões que acessam numa vasectomia tem se acrescentado, ainda que não com a intensidade esperada. Nos termos gerais, a descrição do homem que escolhe realizar-se a vasectomia na Colômbia é dum jovem entre os 30 e 40 anos,

dos estratos 2 e 3, morador nas zonas urbanas, pelo menos com um grau escolar de básica secundaria, casado e com filhos, e contribuinte pro sistema de saúde. Se enxergou a persistência de barreiras de jeito social e cultural que afetam o emprego deste método anticonceptivo. **Conclusões:** Este estudo permitiu uma aproximação ao perfil do homem colombiano que se realiza a vasectomia. **Recomendações:** Ampliar a vasectomia como opcional disponível e de fácil acesso para os homens; eliminar estereótipos do gênero, e empolgar aos homens e as mulheres pra que compartilhem responsabilidades anticoncepcionais; customizar modelos de atenção na saúde sexual e reprodutiva mais inclusivos e de olho também nos requerimentos dos varões.

-----**Palavras chave:** vasectomia, saúde sexual, saúde reprodutiva, gênero e saúde, anticoncepção.

## Introducción

La vasectomía o esterilización masculina es una forma permanente de anticoncepción. Es un procedimiento simple, que detiene el ingreso de espermatozoides al semen. Casi todos los hombres son elegibles para una vasectomía. Este método es altamente eficaz, costo-efectivo, conveniente, seguro, accesible y fácil de administrar [1-2].

Más de 30 millones de parejas en todo el mundo utilizan la esterilización masculina como método anticonceptivo; sin embargo, se realizan aproximadamente el doble de esterilizaciones femeninas en comparación con vasectomías [3]. Aunque involucrar a los hombres en la planificación familiar ha sido durante mucho tiempo un objetivo importante, en gran medida ha sido difícil de alcanzar [4].

La vasectomía es ampliamente elegida en regiones y países con alto desarrollo socioeconómico, e igualdad de género, es decir, lugares donde hombres y mujeres comparten responsabilidades anticonceptivas [5]. Por esta razón, su uso difiere notablemente entre regiones y países del mundo. La prevalencia de vasectomía en África es del 0,0 %, con menos de 100 000 hombres que acceden a ella [6]. De los 54 países africanos, solo 10 informan el uso de la vasectomía, y solo Suazilandia (0,3 %), Botsuana (0,4 %) y Sudáfrica (0,7 %) exceden el 0,1 % de prevalencia. Lo anterior, porque la vasectomía es el método moderno menos conocido en la mayoría de los países de bajos ingresos [6,7].

Por otro lado, la prevalencia de vasectomía en América del Norte es del 12 % y en Oceanía y Europa del Norte del 11 % [7]. En Canadá es el método más

utilizado, con una prevalencia del 22 % y representa el 31 % del uso de métodos modernos. El Reino Unido (21 %), Corea del Sur (16,8 %), Bután (13 %) [3] y España (7,5 %) [7] tienen perfiles similares, con una prevalencia de vasectomía que oscila entre el 17 y el 21 %, y esta comprende entre el 24 y el 27 % del uso de métodos modernos [6,7].

Mientras que en Estados Unidos se estima que se efectuaron 527 476 vasectomías en el 2015 [8], en la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia)\* se han realizado un total de 274 332 vasectomías en un periodo de cuarenta y seis años (1970 a 2016) [9]. En Sur América, Colombia, con 3 %, es el segundo país con la prevalencia más alta de vasectomía después de Brasil (5 %) [10]. No obstante, en la región, Colombia ocupa el quinto lugar después de Canadá (22 %), Estados Unidos (11 %), Brasil (5 %) y Costa Rica (5 %). Es importante destacar que estas diferencias se han reducido en América Latina y el Caribe, ya que la vasectomía ha aumentado 60 veces en 25 años y 4 veces en los últimos 15 años. Sin embargo, todavía existe una necesidad global de aumentar la disponibilidad de la vasectomía [3], y abordar la subutilización de los servicios de anticoncepción por parte de los hombres.

Los determinantes sociales que explican el bajo acceso a la vasectomía se relacionan con los *estereotipos de género*, los cuales condicionan el uso de métodos de anticoncepción y fijan las barreras en los servicios de salud. El conocimiento o, más exactamente, la conciencia que existe, tanto entre mujeres como entre hombres, con interpretaciones erróneas que equiparan la vasectomía con la castración, la impotencia y debilidad (incapacidad para trabajar) [11]. En algunos estudios realizados en Etiopía, Nigeria y Turquía se presentaron percepciones erróneas tanto en hombres como en mujeres sobre la vasectomía; las más comunes fueron: un hombre se vuelve físicamente más débil después de ella; un hombre no puede funcionar sexualmente después de una vasectomía, y esta es lo mismo que la castración [4].

Adicionalmente, el machismo, como patrón cultural, ha dominado históricamente las percepciones y los comportamientos de las personas frente a su cuerpo, decisiones, salud y sexualidad. También la tendencia ha sido ubicar al hombre como una barrera en el acceso a la anticoncepción [12], lo cual se ve reforzado por los vacíos en la literatura durante los últimos 25 años, así como en la forma como los hombres fueron excluidos de las encuestas de base poblacional de salud sexual y reproductiva durante muchos años en los países. En Colombia y España, solo hasta el año 2015 y 2011,

respectivamente, fueron tenidos en cuenta dentro de la muestra poblacional y se indagó sobre sus percepciones y uso de la anticoncepción.

Debido a la socialización de los roles de género, los hombres ponen resistencia y subutilizan más los servicios de salud en comparación con las mujeres [12]. Estos estereotipos igualmente determinan la planeación, la configuración y la prestación de los servicios centrados en los hombres y el tipo de procedimiento utilizado para realizar la vasectomía (con o sin bisturí) [13], que en la mayoría de los casos repercuten en desigualdades en el uso de métodos de anticoncepción; programas de anticoncepción inequitativos, por estar centrados principalmente en la mujer, y hombres que se excluyen de participar activamente en la anticoncepción; falta de información y consejería en anticoncepción de calidad [14]; y desigualdad de género, reforzada desde los mismos servicios de salud, cuando no promueven que los hombres y las mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas.

Por otro lado, el poco acceso a la vasectomía y su relación con la construcción de masculinidades y la falta de servicios de salud calificados o disponibles para proporcionarla, constituyen un obstáculo que los sistemas de salud no han logrado superar y, por lo tanto, una barrera para la anticoncepción.

Así mismo, el objetivo de desarrollo sostenible 3.7 [15] define que para 2030 se garantice el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, lo cual considera el acceso a la vasectomía, donde y cuando los hombres la requieran, y sin importar sus circunstancias.

La hipótesis de este estudio es que los hombres que se hacen la vasectomía en Colombia tienen características sociodemográficas y estereotipos de género que influyen en los imaginarios y roles de género en la anticoncepción, los cuales pueden orientar cómo adaptar los servicios de salud sexual y reproductiva a estas necesidades particulares. El *objetivo general* propuesto fue caracterizar el perfil de hombres que se realizan la vasectomía en el país, con el fin de explorar de manera preliminar cuáles pueden ser las necesidades, identidades y circunstancias de los hombres y adaptar los servicios de salud a ellos.

A partir de allí, fue posible implementar los siguientes *objetivos específicos*: 1) analizar la tendencia del número de vasectomías en Profamilia (entre 1970 y 2016); 2) elaborar el perfil sociodemográfico de los hombres vasectomizados en Profamilia (2015 y 2016) y de los hombres vasectomizados según la “Encuesta

\* Profamilia es una institución comprometida con la promoción y garantía de los derechos humanos, conocida como líder en derechos sexuales y derechos reproductivos en Colombia.

Nacional de Demografía y Salud” de 2015 (ENDS 2015) [16], y 3) analizar los estereotipos de género respecto a la vasectomía según la ENDS 2015, con el fin de generar evidencia que permita adaptar los servicios de salud a las necesidades de los hombres y reducir estereotipos de género que limitan que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas.

## Metodología

Estudio descriptivo a partir de los datos de la ENDS 2015 [16] y los registros de usuarios de servicios de Profamilia [17]. Los datos de la ENDS 2015 fueron obtenidos a partir del cuestionario de hogar y del cuestionario individual para hombres de 13 a 59 años de edad (actualmente unidos, alguna vez unidos y nunca unidos). Los datos de Profamilia [9] incluyeron los hombres que accedieron al servicio de vasectomía durante los años 2015 y 2016. La evaluación de la tendencia temporal del número de vasectomías en Colombia se llevó a cabo a partir de la revisión de los datos de las vasectomías sobre un periodo de 46 años, entre 1970, año en el cual Profamilia comenzó a promover el procedimiento como método de anticoncepción, y 2016. El perfil sociodemográfico se analizó a partir de ambas bases de datos.

Se utilizaron porcentajes para describir las distribuciones de la vasectomía. Se calcularon todos los porcentajes según las categorías de las siguientes variables: edad, estado civil, zona, departamento y región de residencia, nivel educativo, etnia, estrato socioeconómico,<sup>†</sup> afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y grupos de ocupación. La variable “región de residencia” se construyó de acuerdo con la clasificación utilizada por la ENDS 2015. Además, a partir de esta Encuesta fue posible desagregar los datos de vasectomías según quintil de riqueza, número de hijos nacidos vivos y aprobación del uso de métodos anticonceptivos, que no estuvieron contenidos en la base de Profamilia. Finalmente, se incluyeron variables relacionadas con roles de género masculinidad y feminidad, y los imaginarios sobre estereotipos masculinos vinculados con la sexualidad; para el análisis de estas últimas variables se comparó la información dada por los hombres vasectomizados y por los no vasectomizados.

### Plan de análisis

La muestra utilizada en la ENDS 2015 es probabilística, de conglomerados, estratificada y polietápica, representativa a nivel nacional, por zona, región,

subregión y departamento. Por tratarse de una encuesta por muestreo probabilístico, para obtener estimaciones insesgadas, es necesario utilizar un factor de expansión que básicamente es el recíproco de las probabilidades de selección en cada una de las etapas y el ajuste por no respuesta. En el presente estudio, para obtener estimaciones insesgadas, se utilizó el factor de final de ponderación provisto por la ENDS 2015 [16].

### Consideraciones éticas

La ficha técnica de la ENDS 2015 se encuentra disponible para consulta en el archivo de Excel suministrado por el Ministerio de Salud y Protección Social [19]. Todos los análisis se basaron en datos públicos disponibles del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) [20] en el Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia.

No se requirió aprobación ética para este estudio, porque los autores no recopilaron datos nuevos y el estudio se basó solo en datos secundarios existentes y disponibles públicamente.

En el caso de la base anonimizada de registros de vasectomía de Profamilia, de acuerdo con las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud [21], en las consideraciones especiales para conceder una exención del consentimiento informado en estudios con datos de registros de salud se estipula que “Los proyectos de investigación a partir de datos de uno o varios registros obligatorios basados en la población deberían presentarse a un comité de ética de la investigación, excepto en el caso del análisis de datos como actividad institucional interna de un registro” [19]. No obstante, de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 [22] del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el presente estudio es una investigación sin riesgo.

### Limitaciones de datos

Cabe señalar que este estudio tiene algunas limitaciones: 1) es fundamental comparar datos de las ENDS a lo largo del tiempo y cada cinco años. No obstante, el cuestionario de hombres fue incluido solo hasta el año 2015 y la próxima aplicación corresponde al año 2020; y 2) las limitaciones de tiempo y financiamiento también restringieron la implementación de un enfoque cualitativo.

<sup>†</sup> Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas o los predios son seis, denominados así: 1. Bajo-bajo; 2. Bajo; 3. Medio-bajo; 4. Medio; 5. Medio-alto; y 6. Alto. De estos, los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a las familias con menores ingresos; mientras los estratos 4, 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan a las familias con mayores ingresos [18]

## Resultados

Los resultados se presentan de la siguiente forma: 1) tendencia temporal de vasectomía, 2) análisis sociodemográfico y 3) análisis de estereotipos de género.

### Tendencia temporal de la vasectomía

En 1970, Profamilia inicia el servicio de vasectomía, atendiendo a 92 usuarios. A partir de 1984, el número de vasectomías efectuadas se incrementa anualmente. En el periodo de tiempo de 2000 a 2006 se duplica el número de vasectomías. No obstante, el mayor número de vasectomías llevadas a cabo se presentó en 2007 (16 187), como se muestra en la figura 1.

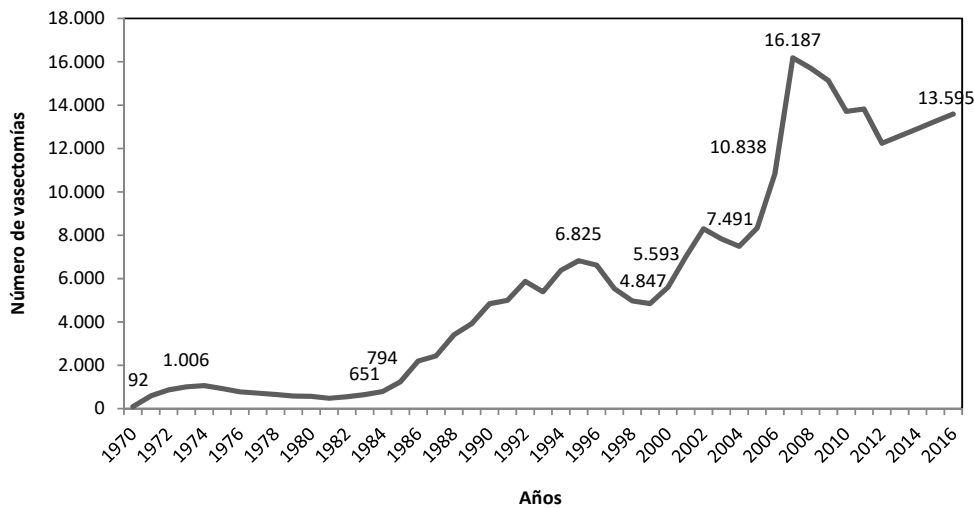
Profamilia ha efectuado un total de 274 332 vasectomías en un periodo de 46 años, lo cual, en

promedio anual, representa menos de 6000 vasectomías en un país de 16 millones de hombres en edad fértil.

### Análisis sociodemográfico

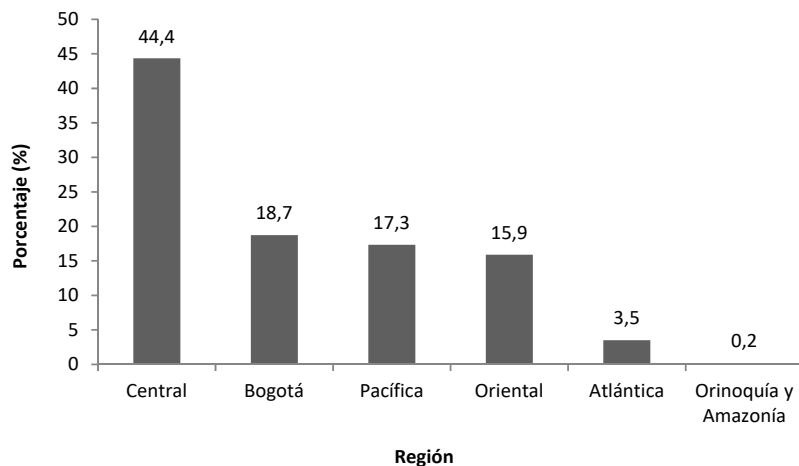
En los años 2015 y 2016 se hizo un total de 29 600 vasectomías en Profamilia. La mayoría de usuarios (96 %) residen en áreas urbanas y se concentran en tres ciudades principales: Medellín (28 %), Bogotá (23 %) y Cali (12 %), ya que reúnen el 63 % de las vasectomías realizadas durante los dos años.

La región Central, que comprende los departamentos de Antioquia, Caldas, Risaralda, Quindío, Tolima, Huila y Caquetá, concentra el mayor porcentaje de hombres vasectomizados (44,4 %), seguida por Bogotá (18,7 %), como se muestra en la figura 2. En la región de la Orinoquía y Amazonía es de 0,2 %, y en la región Atlántica es de 3,5 %.



**Figura 1.** Número de vasectomías realizadas por Profamilia - Colombia, 1970-2016.

Fuente: [23].



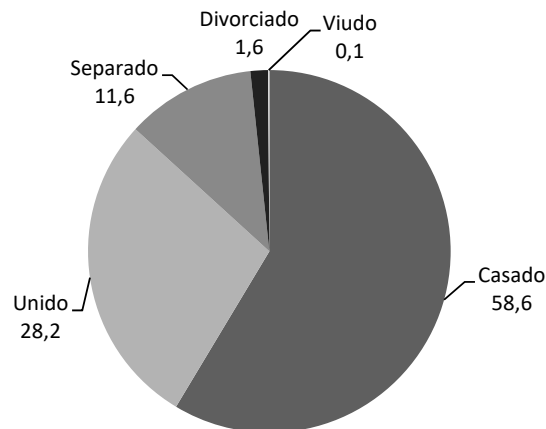
**Figura 2.** Porcentaje de vasectomías según lugar de residencia en Profamilia - Colombia, 2015-2016.

Fuente: [24].

### Análisis sociodemográfico

De acuerdo con el Registro de usuarios de servicios de Profamilia, los hombres que deciden vasectomizarse tienen una edad promedio de 36 años; la mitad de los usuarios (51 %) se encuentran en el rango de 30 a 39 años; el 23 % pertenece al grupo de edad de 40 a 49 años; el 21 %, al de 20 a 29 años, y un 4 %, al grupo de 50 a 59 años.

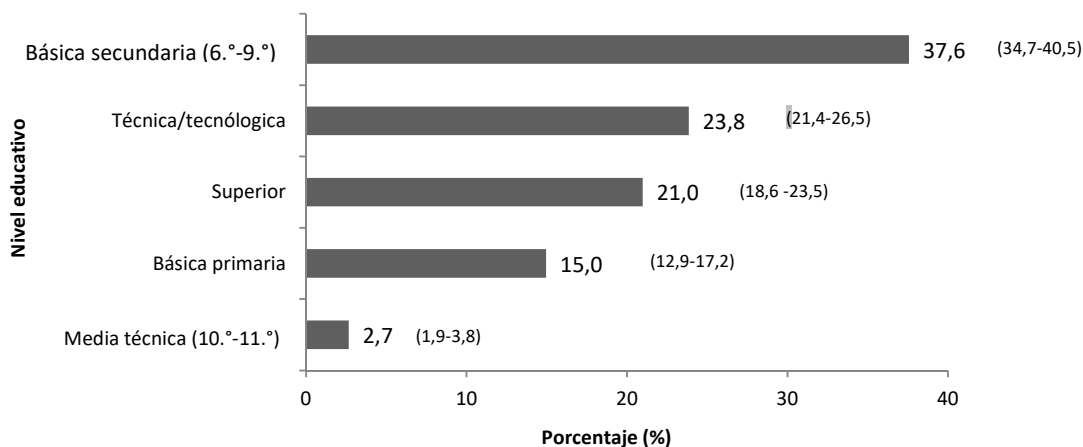
La figura 3 presenta los datos desagregados por estado civil. El mayor porcentaje de vasectomía corresponde a los hombres que tienen una pareja estable, de tal manera que el 59 % de los usuarios de vasectomía están casados, mientras que para el 28 % su estado civil es unión libre. Esto corresponde a lo reportado en la ENDS 2015 [16]: la vasectomía es más usada por hombres unidos o casados, de tal manera que el 3 % entre 13 y 59 años se practicaron el procedimiento, frente a tan solo el 1 % de los hombres no unidos con actividad sexual reciente. Del total de vasectomías, el 90 % están actualmente casados o unidos, mientras que el 9 % estuvieron casados o unidos, y un 2 % nunca se ha casado o unido.



**Figura 3.** Porcentaje de vasectomías según estado civil en Colombia, 2015.

Fuente: [16].

La figura 4 presenta la distribución de la población masculina colombiana por nivel educativo. El 37 % de los hombres analizados ha cursado algún año de educación básica secundaria (6.º a 9.º grado). En alguna medida, corresponde a lo reportado en la ENDS [16]: el 38 % de los hombres vasectomizados de 13 a 59 años ha cursado algún año de educación básica secundaria (6.º a 9.º grado).

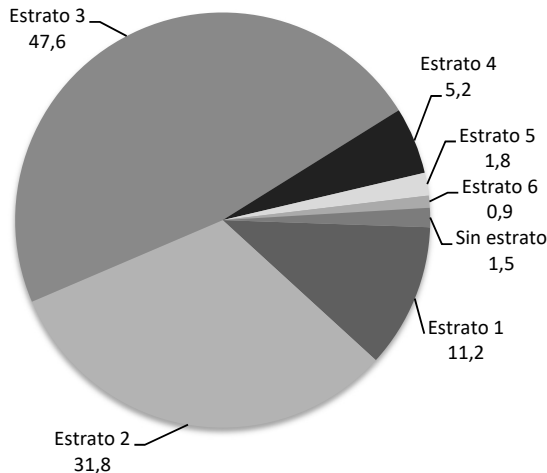


**Figura 4.** Porcentaje de vasectomías según nivel educativo en Colombia, 2015. Intervalo de confianza del 95 %.

Fuente: [16].

En relación con la etnia, el mayor porcentaje de usuarios de este tipo de métodos (89 %) no se reconoce dentro de ningún grupo étnico, mientras que el 8 % de los hombres se reconocen como negros/mulatos/afrocolombiano/afrodescendiente. Estos datos contrastan con el 92 % de las vasectomías que no permiten identificar ningún grupo étnico en la ENDS 2015, mientras que el 5 % se reconocen como negros/mulatos/afrocolombiano/afrodescendiente y un 3 % como indígenas [16].

De acuerdo con el Registro de usuarios de servicios de Profamilia, cerca de la mitad de los usuarios (47,6 %) pertenece al estrato 3, mientras que el 31,8 % pertenece al estrato 2 y tan solo el 11 % al estrato 1 (véase figura 5). Esta distribución porcentual es similar a la encontrada en la ENDS 2015 [16] entre los usuarios de vasectomía: el 48 y el 32 % de las vasectomías se la han realizado hombres de los estratos 3 y 2, respectivamente [16].



**Figura 5.** Porcentaje de vasectomías según estrato socioeconómico en Colombia, 2015.  
Fuente: [16].

De alguna forma, estos estratos corresponden con la distribución de la riqueza, en donde al parecer los hombres que pertenecen a la clase media son los que más acceden a la vasectomía. En las regiones Oriental, Pacífica y Bogotá, el mayor porcentaje de vasectomías se encuentran en el estrato 3, mientras que el 27 % de la región Atlántica pertenece al estrato 1; en tanto que el 42 % de las vasectomías en la Orinoquía y la Amazonía se halla en el estrato 1 y el 35 % en el estrato 2.

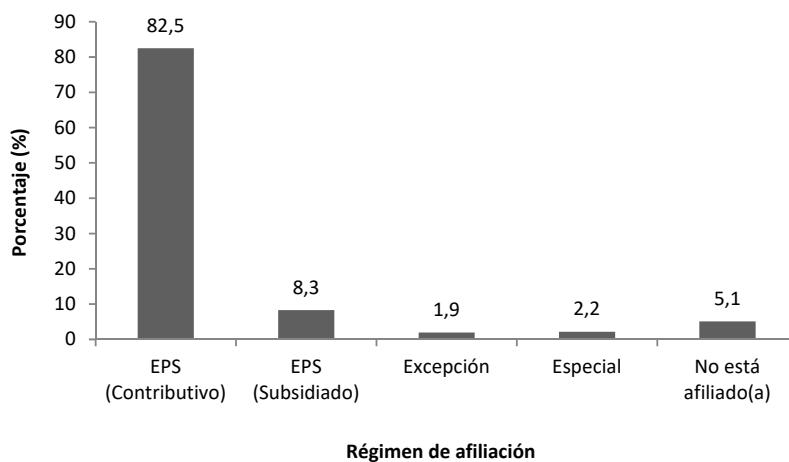
En la figura 6 se observan las vasectomías según tipo de aseguramiento en salud. La mayoría de los hombres que se han realizado la vasectomía pertenecen al régimen contributivo (83 %), mientras que el 5 % reporta no estar afiliado a ningún régimen. Los regímenes especial y de

excepción, que cubren los militares, policías, magisterio y trabajadores del sector petrolero, tienen los porcentajes más bajos de vasectomía: 2,2 y 1,9 %, respectivamente.

En la región de la Orinoquía y la Amazonía, un poco menos de la mitad de las vasectomías (48 %) pertenecen al régimen contributivo. Las regiones en donde se tienen los porcentajes más altos de vasectomías que no están afiliados a ningún régimen son la Atlántica, la Pacífica y la de la Orinoquía y la Amazonía.

Los hombres con estudios de primaria o menos, presentan los porcentajes más altos de las percepciones sobre la subvaloración de la mujer. Con relación al ejercicio de la sexualidad, como privilegio de hombres, los porcentajes más altos se presentaron en los que pertenecen al grupo de edad de 45 a 49 años, que viven en la zona rural, que no tienen ningún nivel de educación, que pertenecen al quintil de riqueza más bajo y que están actualmente casados. En cuanto al imaginario sobre estereotipos masculinos relacionados con la sexualidad, está presente en mayores proporciones en los hombres vasectomizados que se hallan en el rango de edad de 35 a 39 años, que viven en la zona rural, que pertenecen al quintil de riqueza medio y que están actualmente unidos.

La tabla 1 presenta las vasectomías según seis grandes grupos de ocupación de los hombres. Solo el 52 % de los hombres reportaron esta variable y la desagregación de los datos permitió identificar seis grupos de ocupaciones comunes: 1) Hombres con trabajos varios, 2) Hombres con trabajos logísticos, 3) Hombres con trabajos de aseo, 4) Hombres con trabajos de seguridad, 5) Hombres con trabajos de agentes comerciales, y 6) hombres con otro tipo de trabajo (ocupaciones que presentan bajos porcentajes, inferiores de 2 %).



**Figura 6.** Porcentaje de vasectomías según tipo de aseguramiento en salud en Colombia, 2015. EPS: entidad promotora de salud.  
Fuente: [16].



**Tabla 1.** Porcentaje de vasectomías según ocupación, Profamilia 2015-2016.

Ocupación	Descripción	Porcentaje (%)
Hombres con trabajos varios	Ayudante de bodega de hotel, ayudante de bodega de restaurante, trabajador a la mano disponible para servir, trabajador de oficios varios, trabajador polivalente de labores sencillas y utilero de hotel	17
Hombres con trabajos logísticos	Acomodador en espectáculos públicos, en salas de cine, en teatro; auxiliar de estacionamiento, de guardarropa; ayudante de parqueo; guarda de parque de atracciones; proveedor de programas de teatro; recolector y revisor de boletos	17
Hombres con trabajos de aseo	Barrendero de áreas públicas, de calles, de parques, escobita, limpiador de parques y rastrillador de playa	10
Hombres con trabajos de seguridad	Guardias de seguridad, celador, escolta, guardaespaldas, guardia de discoteca, portero de edificio, supervisor de seguridad y vigilancia, vigilante de fábrica	8
Hombres con trabajos de agentes comerciales	Agentes de marca, de publicidad, de ventas, deportivos, literarios, turísticos, representantes de ventas, musicales	3
Hombres con otro tipo de trabajos	Asesores financieros, conductores de camionetas y de camiones, de taxis, vehículos livianos, directores de producción agropecuaria, ingenieros, biólogos, botánicos, contadores, agrónomos, mensajeros, médicos, profesores	45

Fuente: [24].

### Análisis de estereotipos de género

Del total de hombres de 13 a 59 años encuestados (35 783) en la ENDS 2015 [16], el 3 % (2,8-3,2) usa la vasectomía como método anticonceptivo y el 22 % (21,9-22,8) el condón; para el 75 % (74,2-75,1) de los hombres, la pareja es la que usa un método anticonceptivo.

Con relación al número de hijos nacidos vivos que tienen los hombres vasectomizados, el 43 % cuenta con dos hijos, y el 30 % con 3 hijos; tan solo el 5 % se esterilizó sin haber tenido hijos nacidos vivos. Mientras que para los hombres que usan un método diferente a la vasectomía, el 48 % no tiene hijos, el 17 % tiene un hijo y el 15 % cuenta con dos hijos. Cabe anotar que el 95 % de los hombres que se han realizado la vasectomía afirmaron conocer que se trataba de un método definitivo, en tanto que el 10 % de ellos se arrepintió de haberse hecho la cirugía, principalmente porque él o su pareja deseaban un/otro hijo.

Es ampliamente reconocido que la decisión de los hombres de acceder a una vasectomía se encuentra mediada por percepciones y aspectos culturales, frente a la sexualidad, la salud y la reproducción, que pueden convertirse en barreras o ventajas según el caso. En este sentido, la aprobación o el rechazo sobre los métodos anticonceptivos y el uso de estos por los hombres, pueden ser predictores de esas percepciones y paradigmas culturales.

En general, los hombres vasectomizados aprueban que las parejas usen un método anticonceptivo (98 %).

La tabla 2 describe los imaginarios relativos a los roles de género, entendidos como el conjunto de creencias, deberes, prohibiciones y expectativas sobre el ser hombre o ser mujer, impuestos social, cultural e históricamente, entre los hombres que optaron por la vasectomía y los hombres no vasectomizados, con los intervalos de confianza del 95 %.

**Tabla 2.** Imaginarios y roles de género de hombres vasectomizados vs. no vasectomizados en Colombia, 2015.

	<b>Esteriotipo de género</b>	<b>Hombre va- sectomizados (%)</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>	<b>Hombres no vasectomizados (%)</b>	<b>Intervalo de confianza 95%</b>
Imaginarios relativos a los roles de género: creencias, deberes, prohibiciones y expectativas sobre el ser hombre o ser mujer impuestos social, cultural e históricamente	“Los hombres son la cabeza del hogar”	35	(32,4-38,1)	53	(52,0-53,0)
	“Las familias que cuentan con un hombre tienen menos problemas”	43	(40,4-46,3)	54	(53,4-54,4)
	“Los hombres necesitan de una mujer en la casa”	50	(47,2-53,1)	67	(66,6-67,5)
	“Una mujer necesita un hombre para ser feliz”	16	(13,5-17,8)	35	(34,7-35,7)
	“Cuando se tienen que tomar las decisiones en la casa, los hombres tienen la última palabra”	8	(6,6-9,9)	28	(27,1-28,0)
Imaginarios sobre estereotipos masculinos relacionados con la sexualidad	“La masturbación es cosa de hombres”	7,2	(5,7-8,8)	21	(20,6-21,4)
	“Los hombres no hablan de sexo, lo hacen”	38	(35,0-40,8)	41	(40,6-41,7)
	“Los hombres siempre están listos para tener sexo”	39	(36,0-41,8)	45	(44,1-45,1)
	“Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”	30	(27,6-33,1)	21	(20,6-21,4)
	“sería un atrevimiento que la mujer pida usar condón”	4	(2,7-5,0)	10	(9,3-10,0)
	“Las mujeres se deben casar vírgenes”	7	(9,5-11,3)	23	(22,8-23,7)
	(1) “Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”				
	(2) “Los hombres no hablan de sexo, lo hacen”, y	58	(55,0-60,8)	64	(63,8-64,8)
	(3) “los hombres siempre están listos para tener sexo”				

Fuente: Elaboración de los autores a partir de [16].

Al comparar las respuestas dadas por los hombres que se han realizado la vasectomía con los que no se la han hecho, el estar de acuerdo con estas afirmaciones presenta porcentajes más altos. Para las actitudes sobre el ejercicio de la sexualidad por los hombres no vasectomizados y en todas las afirmaciones, los porcentajes de acuerdo son mayores, con excepción de la afirmación “Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”, en donde los porcentajes de respuesta son iguales.

Finalmente, con relación a los imaginarios sobre estereotipos masculinos relacionados con la sexualidad, se diseñó un indicador que indaga el estar de acuerdo con las siguientes afirmaciones: 1) “Los hombres necesitan más sexo que las mujeres”, 2) “Los hombres no hablan de sexo, lo hacen”, y 3) “Los hombres siempre están listos para tener sexo”. Con base en este indicador, se encontró que entre los hombres que se han realizado la vasectomía, estos imaginarios están presentes en el 58 % (55,0-60,8), mientras que para los hombres que no se

la han hecho es del 64 % (63,8-64,8). Se muestra, así, cómo los roles de género ejercen un papel importante frente al ejercicio de la sexualidad.

## Discusión y conclusiones

Este estudio contribuye con nueva evidencia sobre la vasectomía en Colombia. A partir de esta evidencia, es posible aproximarse a un perfil del hombre que decide realizarse la vasectomía en Colombia: hombre entre 30 y 40 años, residente en zonas urbanas, en estratos 2 y 3, al menos con un nivel educativo de básica secundaria, casado y con hijos; residente en las regiones Central, Pacífica y Bogotá. Puede decirse que estos hombres cuentan con una paridad satisfecha, en el sentido que tienen en promedio 2 o 3 hijos nacidos vivos y que aparentemente no tienen una barrera de acceso a servicios, ya que contribuyen y se encuentran cubiertos

por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el procedimiento se halla incluido en el Plan de Beneficios.

De acuerdo con varios estudios llevados a cabo en diferentes países, se ha podido establecer que el perfil de los usuarios de vasectomía varía según el contexto geocultural y las características sociodemográficas de los hombres. Un estudio efectuado en Estados Unidos [25] mostró diferencias importantes en la decisión de realizarse la vasectomía entre los hombres blancos y los hombres pertenecientes a otras etnias o razas. En países del África Subsahariana, los usuarios de vasectomía son hombres mayores de 40 años, con un promedio de cuatro o más hijos. En algunas regiones de América Latina y el Caribe, las parejas que eligieron la vasectomía tenían una tendencia a ser de niveles socioeconómicos más altos, mientras que en otros países, como la India y Bangladesh, eran de niveles socioeconómicos bajos [4].

También es importante identificar cómo se adquieren conocimiento negativo y prejuicios que refuerzan estereotipos en el tema: a partir de los padres con creencias históricamente instauradas y que trascienden de generación en generación; cuando los hombres acceden a información sobre anticoncepción de baja calidad o no accesible fácilmente, y cuando no existe oferta de servicios de salud en salud sexual y reproductiva cercana a sus comunidades.

No obstante, es de destacar cómo los constructos sociales de la masculinidad comienzan a cambiar poco a poco en diferentes contextos culturales de los hombres que se realizan la vasectomía. Por ejemplo, cuando las percepciones y los comportamientos de los hombres demuestran cambios en la forma como valoran más a las mujeres y sus familias, cómo viven su sexualidad y comienzan a deconstruir constructos que han aprendido desde pequeños con respecto a la virilidad. Esto, como resultado, ha originado que los hombres cambien comportamientos y busquen los servicios de salud para satisfacer sus necesidades de información, educación y atención en anticoncepción. Al respecto, son interesantes los trabajos de Mara Viveros [26] y Matthew Gutmann [27], los cuales, desde metodologías cualitativas, analizan las configuraciones de masculinidad que rodean la decisión de hacerse la vasectomía.

En síntesis, a pesar de que la vasectomía ha aumentado como método de anticoncepción, persisten las barreras de tipo social, cultural y desde los servicios de salud para acceder efectivamente a esta. Debido a las inequidades que refuerzan los estereotipos de género y el limitado conocimiento, se han originado actitudes negativas en el abordaje de los programas de anticoncepción, que se centran solo en las mujeres, y no en los hombres de forma compartida; esto ocurre desde los mismos prestadores de salud y responsables de la implementación de programas.

Finalmente, es necesario inducir la demanda de la vasectomía como método disponible, seguro, conveniente y costo-efectivo entre hombres que en la actualidad acceden y entre hombres que menos la usa: aquellos con mayores ventajas sociales y económicas. Tal vez Colombia puede alcanzar a países como Bután y Canadá, conocidos por sus prevalencias de vasectomía del 13 y 22 %, respectivamente. Por esta razón, y para lograrlo, existe la necesidad de aumentar la conciencia para que la vasectomía se convierta en una opción de método fácilmente disponible y de acceso habitual en Colombia.

## Recomendaciones

Colombia puede acelerar el logro de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales para el 2030, si centra la utilización de los servicios de anticoncepción también desde los hombres. Por otro lado, el marco sobre servicios de salud integrados centrados en las personas de la OMS es un llamado a un cambio fundamental en la forma como pensamos en el momento de adaptar los servicios de salud. Este enfoque apoya la idea que todas las necesidades de las personas dependen de sus identidades y en las circunstancias en las cuales se encuentran en el momento de acceder a los servicios de atención en salud. Por esta razón, algunas recomendaciones son posibles a partir de este análisis:

1. *Ampliar la vasectomía como una opción de método fácilmente disponible y de acceso para los hombres.* Los responsables de la formulación de políticas y de la implementación de programas en anticoncepción desde las entidades territoriales de salud (ETS), las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) deben valorar el potencial de la vasectomía en prevenir embarazos no deseados y como opción permanente de planificación masculina.
2. *Eliminar estereotipos de género y promover que hombres y mujeres compartan responsabilidades anticonceptivas.* Incentivar la participación de los hombres en el control de la fecundidad, con el fin de que esta responsabilidad no recaiga solamente en las mujeres, y que también los hombres ejerzan su derecho a elegir.
3. *Fortalecer los programas de educación para la sexualidad con enfoque de equidad.* Es necesario desarrollar capacidades, entrenamiento y formación que transforme la manera como los hombres asumen la salud sexual y reproductiva, con el fin de romper

los mitos, prejuicios y percepciones negativas sobre la vasectomía.

4. *Adaptar modelos de atención en salud sexual y reproductiva más inclusivos y centrados también en las necesidades de los hombres.* Esto requerirá un compromiso adecuado de tiempo y de recursos para actuar sobre los determinantes sociales intermedios: los servicios de salud por parte de EPS, IPS y ETS, y factores conductuales, psicosociales y culturales. En particular, continuar ampliando la consejería en anticoncepción a los hombres de estratos 1 y 2, a la vez que se adaptan los servicios para alcanzar el grupo de hombres con mejor posición social y que menos acceden a la vasectomía. Finalmente, los programas de anticoncepción desde los territorios deben incrementar la información de calidad sobre la vasectomía y su participación activa en la anticoncepción, entre hombres del régimen subsidiado y población pobre no asegurada.

## Agradecimientos

Esta investigación fue llevada a cabo gracias al apoyo de Profamilia. Los autores expresan un especial agradecimiento a Michel Labrecque, MD PhD en Epidemiología de la Universidad Laval en Quebec, Canada, y a Diana Torres, uróloga de Profamilia. De igual forma a Mariana Calderón, analista cualitativa de la Dirección de Investigaciones de Profamilia, por la edición y los ajustes del manuscrito.

## Financiación

Esta investigación fue financiada por Profamilia.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Declaración de responsabilidad

Los autores declaran que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

## Referencias

1. Shih G, Turok DK, Parker WJ. Vasectomy: The other (better) form of sterilization. *Contraception*. 2011;83(4):310-5. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.08.019.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Suiza: OMS [internet]; 2018 [citado 2017 nov. 8]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

3. Organización de Naciones Unidas, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. Nueva York: United Nations [internet]; 2015 [citado 2018 feb. 18]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>.
4. Perry B, Packer C, Chin Quee D, Zan T, Dulli L, Shattuck D. Recent Experience and Lessons Learned in Vasectomy Programming in Low-Resource Settings: A Document Review. Durham, NC: FHI 360 and Washington, DC: The Population Council, the Evidence Project. [internet]; 2016 [citado 2018 jul. 15]. Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-vasectomy-lit-review-final.pdf>.
5. Amory J. Male contraception. *Fertility and Sterility*. 2016;106(6):1303-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.08.036>.
6. Organización de Naciones Unidas (ONU). World Contraceptive Use 2011 [internet]; 2012 [citado 2015 jul. 24]. Disponible en: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptiveUseWallChart2011\\_Front.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptiveUseWallChart2011_Front.pdf)
7. Jacobstein R. The kindest cut: Global need to increase vasectomy availability. *Lancet*. 2015;3(12):733-4. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00168-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00168-0).
8. Ostrowski K, Holt S, Haynes B, Davies B, Fuchs E, Walsh T. Evaluation of vasectomy trends in the United States. *Urology*. 2018;118:76-79. DOI: 10.1016/j.urology.2018.03.016.
9. Profamilia. Informe anual de actividades [internet]; 2017 [citado 2017 nov. 15]. Disponible en: [http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/04/INFORME-PROFAMILIA-2017\\_compressed.pdf](http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/04/INFORME-PROFAMILIA-2017_compressed.pdf).
10. The Respond Project. A matter of fact, a matter of choice: The case for investing in permanent contraceptive methods [internet]; 2014 [citado 2018 mar. 17]. Disponible en: [http://www.respond-project.org/pages/files/6\\_pubs/advocacy-materials/Case-for-Perm-Methods-White-Paper-2014.pdf](http://www.respond-project.org/pages/files/6_pubs/advocacy-materials/Case-for-Perm-Methods-White-Paper-2014.pdf).
11. Pallito C, O'Campo P. Community level effects of gender inequality on intimate partner violence and unintended pregnancy in Colombia: Testing the feminist perspective. *Soc. Sci. Med*. 2005;60(10):2205-16.
12. Laurenti R, Buchalla C, Mello H de *et al.* . La salud de los hombres en la región de las Américas. *Revista Panamericana Salud Pública*. 1998;4(5):362-6.
13. Flores-Huitrón P, Jiménez-Hernández J del C, Madrigal-de León HG, Ponce-Rosas ER, Landgrave-Ibáñez S, Baillet-Esquivel LE. Perfil del varón que elige vasectomía sin bisturí en un centro de salud de la ciudad de México: 15 años de experiencia. *Atención Familiar*. 2014;21(1):12-15. DOI: 10.1016/S1405-8871(16)30004-9.
14. Hernández-Aguilera RD, Marván-Garduño ML. La vasectomía desde una perspectiva psicosocial. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2015;29(1):30-35. DOI: 10.1016/j.rprh.2014.12.003
15. Organización de Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [internet]; 2017 [citado 2018 mar. 20]. Disponible en: <https://nacionesunidas.org.co/ods/objetivo-3-garantizar-una-vida-sana-y-promover-el-bienestar-para-todos-en-todas-las-edades/>.

16. Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo II. Componente de salud sexual y salud reproductiva. Bogotá: Profamilia; 2017.
17. Profamilia. Registro de usuarios de servicios de Profamilia-Colombia. Bogotá; 2018.
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estratos socioeconómicos: preguntas frecuentes de estratificación. [internet] 2014 [citado 2019 feb 19]. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas\\_frecuentes\\_estratificacion.pdf](https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf)
19. Colombia, Ministerio de Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía. Ficha técnica Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). [internet] 1 de junio de 2016 [citado 2018 nov. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Ficha-ends-2015.zip>
20. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO). Bogotá, D.C; 2018.
21. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [internet]; 2017 [citado 2018 nov. 10]. Disponible en: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf).
22. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
23. Profamilia. Registro de usuarios de servicios de Profamilia-Colombia, 1970-2016.
24. Profamilia. Registro de usuarios de servicios de Profamilia-Colombia, 2015-2016.
25. Barone MA, Johnson CH, Luick MA; Teutonico DL, Magnani RJ. Characteristics of men receiving vasectomies in the United States, 1998-1999. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2007;36(1):27-33. doi: <https://doi.org/10.1363/3602704>.
26. Viveros M. La esterilización masculina: ¿un punto de inflexión en las trayectorias anticonceptivas y reproductivas? Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, 2009;(1):11-29.
27. Gutmann M. Hombres carnales: los políticas somáticas de la salud reproductiva masculina. Maguaré. 2004;(18):221-40.

# El aborto legal en Colombia: opiniones de un grupo de estudiantes de Enfermería\*

Legal abortion in Colombia: a group of nursing students' opinions

O aborto legal na Colômbia: conceitos dum grupo de estudantes de Enfermagem

Celmira Laza-Vásquez<sup>1</sup>, Eric Yamid Cerquera-Gallego<sup>2</sup>, Tania Alejandra Ferrer-Pérez<sup>3</sup>, Yessenia Gutiérrez-Ocampos<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Magíster en Enfermería, con énfasis en Salud Materna Perinatal. Universidad Surcolombiana. Neiva. Colombia. celmira.laza@usco.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3264-5837>

<sup>2</sup> Estudiante de Enfermería. Universidad Surcolombiana. Neiva. Colombia. ericegallego@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4435-0494>

<sup>3</sup> Estudiante de Enfermería. Universidad Surcolombiana. Neiva. Colombia. taniaalejandraperez@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9787-1336>

<sup>4</sup> Estudiante de Enfermería. Universidad Surcolombiana. Neiva. Colombia. yeyeci-25@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8987-5433>

Recibido:23/02/2018. Aprobado: 26/10/2018. Publicado: 31/01/2019

---

Laza-Vásquez C, Cerquera-Gallego EY, Ferrer-Pérez TA, Gutiérrez-Ocampos Y. El aborto legal en Colombia: opiniones de un grupo de estudiantes de Enfermería. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):78-86. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a12

---

## Resumen

**Introducción:** En el año 2006, el Estado colombiano legalizó el aborto en tres situaciones específicas, mediante la Sentencia C-355, marcando un hito importante en una sociedad impregnada por fuertes valores patriarcales. Sin embargo, han sido escasos los estudios adelantados sobre las experiencias de los principales actores implicados en este fenómeno social, como los profesionales de la salud y las mujeres. **Objetivo:** Indagar por las opiniones de los estudiantes de último año del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana acerca de la Sentencia C-355 de 2006, que legaliza el aborto en tres situaciones específicas, en Colombia. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo exploratorio. Participaron veintiséis estudiantes, seleccionados con un muestreo por conveniencia hasta saturar la información. Para recolectar esta, se crearon tres grupos de discusión y se hicieron tres entrevistas a profundidad, observados mediante análisis de contenido. **Resultados:** Las opiniones acerca de la Sentencia

son favorables, por sus beneficios sociales y en pro de la defensa de los derechos de las mujeres. El tema emergente en los discursos construidos fue el impedimento que significan, para la aceptación del aborto en Colombia, los fuertes valores patriarcales impregnados en la sociedad, los cuales son reforzados por los “discursos de verdad” de la Iglesia y la institucionalidad médica. **Conclusiones:** Se hace necesario persistir en la socialización de la Sentencia entre las intuiciones y los profesionales de la salud, y en el aborto legal y los derechos de las mujeres como un tema de discusión pública y política; para esto, es imprescindible la labor conjunta de la academia e investigadores, con las organizaciones sociales defensoras de los derechos de las mujeres.

-----**Palabras clave:** aborto legal, estudiantes de Enfermería, patriarcado, derechos de la mujer, Sentencia C-355 de la Corte Constitucional, Colombia

---

\* Artículo resultado del proyecto de investigación titulado “Opiniones de los estudiantes de Enfermería sobre la Sentencia c-355 de 2006” (código 2168), desarrollado durante el 2017 y financiado en la convocatoria institucional de la Universidad Surcolombiana para conformar el banco de proyectos de Semilleros de investigación y desarrollo tecnológico e innovación en 2016.

## Abstract

**Introduction:** In 2006, the Colombian government legalized abortion for three specific situations by means of sentence C-355, setting an important milestone in a society soaked by strong patriarchal values. Nevertheless, studies regarding these experiences of the main actors, as well as Healthcare professionals and women involved in this social phenomenon have been scarce. **Objective:** To ask senior students of the nursing program at Universidad Surcolombiana their opinion regarding sentence C-355 of 2006, which legalized abortion for three specific situations in Colombia. **Methodology:** A qualitative exploratory study was conducted. 26 students participated and they were selected using convenience sampling until saturation of the information. To collect the data, three discussion groups were created, and three in-depth interviews were conducted. Both were observed using content analysis.

**Results:** Opinions regarding the sentence are favorable, because of its social benefits and it is in Pro of Defending women's rights. The topic arising in the constructed discourses was the impediment to accept abortion in Colombia, as a result of those strong patriarchal values that have soaked society, which are reinforced by the church's "discourses of the truth" as well as those of medical institutions. **Conclusions:** it is necessary to persist on the socialization of the sentence in institutions and among healthcare professionals, and to persist on legal abortion and women's rights as a topic for public and political discussion. To do so, academia and investigators must work together with social organizations defending women's rights.

-----**Keywords:** legal abortion, nursing students, patriarchy, women's rights, Constitutional Court Sentence C-355, Colombia

## Resumo

**Introdução:** No ano 2006, o Estado colombiano legalizou o aborto em três situações específicas, mediante a Sentencia C-355, gravando um hit importante numa sociedade imbuída por fortes valores patriarcais. Contudo, tem sido escassos os estudos adiantados alusivos aos experienciais dos mais relevantes atores envolvidos neste fenómeno social, como os profissionais da saúde e as mulheres. **Objetivo:** Pesquisar pelos pareceres dos alunos de último ano do Programa de Enfermagem da Universidade Surcolombiana concernente da Sentencia C-355 de 2006, que legaliza o aborto nas três situações específicas, na Colômbia. **Metodologia:** Se realizou um estudo qualitativo exploratório. Participaram vinte e seis alunos, escolhidos com uma amostragem por conveniência até saturar a informação. Para colher ela, se criaram três grupos de discussão e se fizeram três entrevistas a profundidade, enxergados mediante análises de conteúdo. **Resultados:** As repercussões alusivas a esta Sentencia

são favoráveis, pelos seus proveitos sociais em pro da defesa dos direitos das mulheres. O tema emergente nos discursos construídos foi a barragem que traduzem, para a aceitação do aborto na Colômbia, as fortes crenças patriarcais inseridas na sociedade, as quais são reforçadas pelas "palestras da verdade" das Igrejas e a institucionalidade médica. **Conclusões:** Se faz quesito teimar na socialização da Sentencia entre as instituições e os profissionais da saúde, e no aborto legal e os direitos das mulheres como um tópico de discussão pública e política; para isto, é imprescindível o trabalho enxuto da academia e investigadores de mãos dadas com as organizações sociais paladinas dos direitos das mulheres.

-----**Palavras-chave:** aborto legal, alunos de Enfermagem, patriarcado, direitos da mulher, Sentencia C-355 da Corte Constitucional, Colômbia

## Introducción

El aborto es un fenómeno social presente, a lo largo del tiempo, en las agendas políticas y legislativas de la mayoría de países, gracias a los esfuerzos de la sociedad civil y de organismos internacionales que han propugnado por la necesidad de su legalización. Colombia no ha estado ajena a esta situación, y producto de los esfuerzos de la sociedad civil, desde 2006, el aborto legal es una realidad en el país, bajo la figura de la *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE), mediante la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional, en tres situaciones: "Cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer [...] cuando exista grave malformación del feto que haga

inviabile su vida [...]", y que "el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, así como de incesto" [1].

En esta Sentencia se justifica la legalización del aborto en dos elementos centrales: en los derechos de las mujeres [1], resultado de la movilización social liderada por "La Mesa", una coalición de organizaciones sociales feministas defensoras de aquellos derechos, formada en 1996 [2]; y por el impacto negativo, en la salud pública, de las consecuencias de la práctica del aborto en condiciones de ilegalidad e inseguridad para las mujeres [1].

Así, la IVE se instaló en la sociedad colombiana y puede calificarse como un fenómeno social relativamente novedoso y que continúa, a pesar de los años que han pasado desde la Sentencia, como un tema polémico y sensible, que genera controversia, rechazo o aceptación. La novedad también se refleja en el escaso abordaje científico del fenómeno en el país, en especial sobre las experiencias, percepciones y opiniones de los actores involucrados. A nivel mundial, aunque no es muy prolífera la producción sobre el tema, varios investigadores han explorado las concepciones que al respecto tienen los profesionales de la salud [3-6], especialmente los médicos, y de las mujeres que han decidido interrumpir su gestación [7]. Sin embargo, un actor cuyas opiniones han sido poco abordadas son las de los profesionales de Enfermería, y en especial, los estudiantes de dicha carrera.

La práctica de la Enfermería, como parte del equipo de salud, tiene entre sus sujetos de cuidado a las mujeres que deciden interrumpir su gestación. Aunque se crea que este procedimiento es solo una cuestión médica, realmente es un proceso interdisciplinario, donde las enfermeras son actores claves, desde el primer nivel de atención, con la asesoría de los derechos de las mujeres y la opción de interrumpir la gestación si aplican una de las tres causales estipuladas en la Sentencia.

Varios estudios realizados en contextos donde el aborto es legal por diferentes causales han mostrado cómo las opiniones de los futuros médicos influyen en las actitudes que se asumen respecto al aborto y en las relaciones que establecen con las mujeres que deciden terminar el embarazo [3,8-10]; sin embargo, el estudio de Medeiros, Azevedo, Oliveira, Araújo, Cavalcanti, Araújo, *et al.* es el único conocido en el que se exploran las opiniones de las enfermeras y de los estudiantes de enfermería acerca de dicho fenómeno [11].

Así, en este artículo se indagan las opiniones de un grupo de estudiantes de último año del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana acerca de la Sentencia C-355 de 2006, que legaliza el aborto en tres situaciones específicas, en Colombia.

El estudio se hizo durante el primer período del año 2017 en el Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, institución de carácter público y regional, asentada en la ciudad de Neiva, departamento del Huila. Este departamento se encuentra ubicado en la región sur de Colombia y está constituido por 37 municipios. La Institución es un centro de recepción de estudiantes del sur de Colombia, y ha sido reconocida por el Ministerio de Educación Nacional por la calidad en la formación integral de futuros profesionales.

## Métodología

Se realizó una investigación cualitativa de alcance exploratorio.

La población de estudio definida fueron 55 estudiantes, hombres y mujeres, de último año del Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana, durante el primer semestre del 2017, que fueran mayores de 18 años y desearan hablar abiertamente sobre el tema del estudio.

La muestra se configuró con un muestreo por conveniencia y, adicionalmente, se utilizó la técnica de “bola de nieve” para incorporar a los participantes [12], quienes se invitaron personalmente y a través de los representantes estudiantiles de cada curso. El tamaño de la muestra se estableció mediante el criterio de saturación de la información [13].

En la investigación participaron 26 estudiantes, 7 de género masculino y 19 de género femenino; la edad promedio fue de 22 años. Los participantes habían cursado el 80 % del plan de estudios establecido, incluido las dos asignaturas que abordan el cuidado de las mujeres frente a problemáticas de la salud sexual y la salud reproductiva.

El grupo investigador se constituyó en el instrumento de recolección de la información [14] y se utilizaron tres sesiones de *discusión de grupo* [13-15] como técnica central de recolección. En esta, al poner en evidencia lo que de colectivo tiene la experiencia individual, los sujetos entran en una dinámica de negociación de significados tanto con los otros sujetos como consigo mismos. Así, el discurso que va produciéndose se convierte en un instrumento para “pensar el pensamiento”, es decir, de reflexividad, constituyéndose en un proceso de producción social [16].

Para la discusión del grupo, se partió de las siguientes preguntas de opinión [13]: “¿Podrían contarnos qué conocen ustedes sobre el contenido de la Sentencia C-355 de 2006?” y “¿Qué opinan ustedes sobre la Sentencia C-355 de 2006?”. A partir de estas preguntas, se generó la discusión y la construcción del discurso, por el grupo, sobre el tema “aborto legal”.

Asimismo, y después del análisis de la información obtenida en cada grupo de discusión, se entrevistó individualmente a tres participantes en una sola ocasión, para ampliar y profundizar en ciertos temas de interés emergentes. Esto, como una alternativa de triangulación de datos que permitió conseguir una mayor riqueza, amplitud y profundidad de información, y credibilidad de los resultados.



El análisis de datos se efectuó a la par de la recolección de la información. Los grupos de discusión y las entrevistas se grabaron en audio y se transcribieron en su totalidad por el grupo investigador. Los datos fueron tratados mediante el *análisis de contenido* [17], proceso que se dividió en tres fases: 1) sistematización de la información obtenida en los grupos de discusión, las entrevistas y las notas de campo; 2) organización de la información, por medio de la construcción de una matriz de análisis, en un proceso de síntesis y agrupamiento de la información para establecer las frases más significativas que hicieron referencia a un tema particular (descriptores), y agrupándose los descriptores por temas y subtemas emergentes; y 3) discusión y reflexión, en el grupo de investigadores, para el establecimiento de los temas finales, sus principales atributos y las conexiones entre ellos.

Una vez elaborados los resultados, se enviaron vía correo electrónico a los participantes para la confirmación, por parte de ellos, de la información suministrada, y con la respuesta ofrecida se retroalimentaron los resultados.

Durante el proceso investigativo se respetaron los criterios de rigor metodológico propuestos por Lincoln y Guba (1985) [18] para velar por la calidad metodológica de la investigación: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. Asimismo, se salvaguardaron los aspectos éticos planteados en la Resolución 8430 de 1993 [19]. Por lo anterior, el proyecto contó con el aval del Consejo de Facultad de Salud (Acta 33 del 29 de septiembre de 2016) y del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana (Acta 3 del 29 de marzo de 2017). Asimismo, se utilizó una forma de consentimiento informado escrito para cada participante. Al ser considerados los estudiantes una población subordinada, se participó previamente el proyecto con cada representante estudiantil de ambos cursos, para su conocimiento y socialización con los grupos de estudiantes.

## Resultados

Los futuros profesionales opinaron que la Sentencia C-355 de 2006 ha sido una oportunidad para las mujeres de afrontar una de las problemáticas que suponen que afecta su bienestar o el de la hija o el hijo por nacer. Así, la definieron como una normatividad que, contraria a muchas percepciones sociales, no es opuesta a la vida, ya que permite evitar sufrimiento, dolor y muerte en las mujeres, en especial en las de bajos recursos económicos. También posibilita disminuir costos económicos a un país en vía de desarrollo y al sistema de salud, frente a problemáticas como las gestaciones adolescentes, el aborto ilegal y la atención de menores que nacen con malformaciones congénitas.

De esta forma, para los estudiantes, la Sentencia repercute positivamente en la calidad de vida de las mujeres, de los menores y de las familias, y aporta soluciones a problemáticas sociales como la delincuencia, la pobreza y el abandono de menores. Esto, ya que contribuye en la disminución de la deserción escolar de las adolescentes y del abandono de hijos no deseados, y a romper el ciclo o círculo de la pobreza. Asimismo, ayuda a disminuir la revictimización de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual, al evitar el nacimiento de hijos fruto de este evento.

Yo estoy de acuerdo con la Sentencia, porque me parece una buena oportunidad para la mujer. ¿Alguien ha pensado en las repercusiones que va a tener ese bebé cuando nazca o que lo haya tenido una menor de edad? O sea, ¿cómo una niña, que no tiene siquiera control de la vida de ella, cómo va a tener el control de otro bebé que no quiso tener? Si ella tiene la oportunidad de decidir, yo no le voy a decir: "Si lo quiere tenerlo, bien, y si no lo quiere tener es malo, es pecado...". Debe saber que hay oportunidades de tomar una decisión [...] (Participante mujer, grupo focal 1).

Así mismo, opinaron que la IVE es un derecho de las mujeres que no se debe vulnerar, el derecho a decidir sobre su vida, su cuerpo y su salud, y que implica respetar y proteger la vida de la mujer sobre la del feto por nacer.

[...] pues, yo considero que en cierta medida es muy bueno, porque le da la oportunidad a la mujer de decidir sobre lo que está pasando con su vida [...] pues, porque muchas de las críticas que se tienen es que ya no es la vida de la mujer, sino que es la vida de otra persona. Pero se tiene que entender que la mujer va a ser la principal cuidadora de la próxima vida que viene, que se tiene que ver la calidad de vida que va a tener ese bebé que viene en camino. Entonces, pues al darle la oportunidad a la mujer de que tome la decisión de poder interrumpir su embarazo en estas tres causales, pues considero que es muy bueno, y nos brindan como esa oportunidad de decidir sobre nosotras mismas, sobre nuestro cuerpo, sobre nuestra salud [...] (Participante mujer, grupo focal 1).

Por otra parte, los estudiantes perciben que, en Colombia, de forma errónea, la IVE se asume como la solución a los problemas estructurales de fondo que aquejan a nuestra sociedad: la violencia sexual, la pobreza y la deficiente calidad en la atención sanitaria, entre otros, que impiden a las mujeres gozar tanto del bienestar de la sexualidad como de la reproducción. Desafortunadamente, es poco lo que se ha avanzado en solucionar estos problemas y se hace necesario trabajar en pro de la búsqueda de soluciones, como el acceso a la consulta preconcepcional y a una atención sanitaria con calidad para niñas y mujeres; asimismo, la adopción y también la disminución de los casos de violencia de

género. Lo anterior son propuestas que ayudarían en la disminución de gestaciones no deseadas y, por tanto, que las mujeres puedan recurrir a la IVE.

[...] la Sentencia está muy bien formulada, las tres causales [...] pero la Sentencia va como al acto, es decir, no tiene un pre y un pos, como una causa... ¿Por qué el Gobierno, en vez de centrarse solo en el hecho y determinar en qué causales se puede hacer la interrupción, por qué no toma también unas medidas fuertes para prevenir, por ejemplo, el caso de violaciones? ¿Qué está haciendo el Gobierno para prevenir que esto siga sucediendo? [...] cómo puedo evitar [...] o sea, si hay algún tipo de malformación, es muy probable que con una asesoría preconcepcional se pudiera determinar [...] es decir, ¿qué nos está causando que las mujeres lleguen a esto? [...] (Entrevista mujer, grupo focal 2).

En esa lógica, los participantes consideran la IVE como un fenómeno separado y solitario, excluido de las políticas y los programas de atención de la salud sexual y la salud reproductiva, por lo cual, sostienen, deberían diseñarse e implementarse políticas para la promoción y la atención de la salud de las mujeres desde una perspectiva más integral y humana, donde la IVE sea solo un componente y no una acción aislada. En esta política, las mujeres deben ser el centro de las políticas y programas, y no otros actores, como el sistema y las instituciones de salud.

[...] el Gobierno simplemente se preocupó por aparentemente solucionar un problema de raíz [...] Es decir, se preocupó solo por “desembarazar”, por decirlo así, a la mujer [...] esta ley no puede surgir sola, hay que educar a la gente en otras cosas, o sea, no puede ser la ley solita allá aislada, y no educar a la mujer, en su valor como mujer, sus derechos, en lo que puede hacer [...] (Entrevista mujer, grupo focal 1).

A pesar de las opiniones favorables sobre la Sentencia, los estudiantes manifestaron que, en la sociedad colombiana, el principal impedimento para la aceptación e implementación del aborto legal reside en los postulados del patriarcado que permean a todos los entes y actores sociales. Para los participantes, el patriarcado instaura una fuerte inequidad entre hombres y mujeres en el ámbito público y privado, al no reconocerlas como sujetos capaces de tomar decisiones por sí mismas y sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y la reproducción. Así, los hombres son quienes generalmente deciden por ellas (lo dicen así, explícitamente): Dios, esposos, padres, hermanos y médicos. De esta forma, se denigra a las mujeres, al no reconocerlas como autosuficientes, con capacidad de agenciar sus propias vidas. Históricamente, en la sociedad colombiana, las mujeres han sido relegadas por los hombres, y son estos los que tienen el poder de decisión sobre las mujeres y la imponen sobre ellas,

ante lo cual deben ser sumisas a las decisiones de una sociedad que es gobernada por los hombres.

[...] las mujeres... siempre han sido como relegadas en este país... También está la parte de que el que lidera, opina y vale a través de todos los años ha sido siempre como el hombre [...] (Participante hombre, grupo focal 3).

Este poder de decisión sobre las mujeres también implica una marcada diferenciación de los roles sociales, por lo cual las cuestiones relacionadas con la reproducción y la sexualidad son responsabilidad exclusivamente femenina, culpándolas por las agresiones de género y el abuso sexual que reciben, e incluso por las gestaciones no deseadas y los fetos malformados. Adicionalmente, se da la presión y el juzgamiento social sobre las mujeres ante la sola consideración de abortar.

Igual, yo pienso que también sigue siendo tema tabú en la sociedad [el aborto] en que no, ¿cómo se le ocurre que una mujer puede abortar...? ¡Eso está mal! Si la mujer ha nacido más que todo es para tener hijos. Entonces, si quedó embarazada fue problema de ella. Entonces téngalo [...] (Entrevista hombre 4).

Asimismo, los participantes analizaron cómo los valores y las creencias religiosas reafirman los discursos en contra del aborto, en especial, el discurso de la Iglesia católica, que condenan tanto el aborto legal como a todos los que de una manera u otra estén a su favor.

A partir del postulado de que Dios es el único que tiene el derecho a dar y a quitar una vida, el aborto es fuertemente condenado y percibido socialmente como castigo divino, como un pecado que condena el alma. Esto aumenta aún más el tabú y la satanización sobre la Sentencia, y reafirma de modo malicioso los postulados patriarcales.

[...] uno va a hablar con ellos y lo primero que van a decir es: “Es que eso va en contra de los deseos de Dios, de la palabra de Dios, quitar la vida solo [lo] puede hacer Él mismo. Si Él quiere que venga, va [a] venir; si no quiere que venga, no va a venir” [...]. Se tiene que buscar la manera para dejar de satanizar la Sentencia y la interrupción [...] (Participante hombre, entrevista 1).

Los valores patriarcales también han permeado el sistema, las instituciones y a los profesionales de la salud, generado, según los participantes, lo que parecería una “cultura” de desconocimiento intencional de la Sentencia C-355 de 2006 y una resistencia de su aplicación. Lo anterior se evidencia en que, en muchos casos, se evita informar a las mujeres sobre la opción de interrumpir la gestación, sus derechos y que deben ser atendidas cuando demandan la IVE.

¿Por qué, si sale una actualización de ruta materno infantil, se hacen mil y una acción para actualizar a todas

las instituciones? Pero ¿por qué, cuando salió la norma [Sentencia C-355], no se hizo de esta misma manera una campaña de conocimiento sobre la norma?... Yo pienso que hay algo que se esconde dentro de lo moral [...] lo legal, y se esconde dentro del “tirarse la pelota” [evadir responsabilidades, traspasándola a otras instancias o personas] entre instituciones y entre el personal de salud de las instituciones. Entonces, el médico no le quiere decir nada porque le corresponde a la psicóloga, y la psicóloga no dice nada porque le corresponde a la enfermera [...] (Participante mujer grupo focal 1).

Por lo anterior, las instituciones, en muchas ocasiones, son “permissivas” con los profesionales de la salud que no orientan y asesoran correctamente a las mujeres, consintiendo que primen sus valores religiosos y morales. Pero también se debe a las implicaciones legales y los trámites administrativos que acarrear la atención de las mujeres que optan por la IVE, y a la influencia, en los profesionales de la salud, de una fuerte formación biomédica, en la cual históricamente se han excluido los aspectos sociales, emocionales y psicológicos.

Además, entre los profesionales persiste el desconocimiento y la desinformación sobre la Sentencia, lo que ha traído como consecuencia una escasa, cuando no nula, orientación y asesoramiento, y el juzgamiento, el maltrato y la agresión verbal a las mujeres que deciden interrumpir la gestación. Los participantes señalaron que lo anterior se presenta de forma especial en los profesionales de género femenino, y en particular en las de la “vieja guardia”, las personas de más años en el oficio, que parecieran “menos abiertas” a abordar este tema.

[...] lastimosamente, juzgamos mucho y la persona que juzga con más fuerza es la mujer a la mujer [...] Hay veces que las mujeres dicen: “Yo prefiero que me atienda un hombre, porque es que un hombre por lo menos siente de pronto que me va a doler más de lo que me está doliendo realmente [...]” (Participante hombre, entrevista 1).

También llamaron la atención al hecho de que, al no informar, orientar y permitir la toma de decisiones de las mujeres sobre la IVE, se incurre en un delito. Al respecto, opinaron que su actuar como futuros enfermeros y enfermeras es cumplir con lo establecido en la Sentencia, se esté o no de acuerdo con ella, como se hace con otras normas sobre la salud sexual y la salud reproductiva, como la de planificación familiar, de atención prenatal, de prevención del cáncer de cuello uterino y de mama. Así, el rol central de los profesionales de Enfermería es informar y orientar sobre las opciones ante una gestación, siendo objetivos, sin importar los valores y las creencias propias, sin coacciones a favor o en contra. De igual manera, no involucrar las opiniones personales sobre el

aborto, para no juzgar, agredir, criticar ni culpabilizar a las mujeres. De igual modo, es necesario analizar individualmente las situaciones de las mujeres, teniendo en cuenta el contexto social, económico y familiar.

Así, para los estudiantes, todo lo anterior significa apoyar y respetar la decisión, y humanizar el cuidado de las mujeres que optan por la IVE, acompañándolas durante el proceso de toma de la decisión y la interrupción; a la par, trabajar en pos de disminuir la estigmatización del aborto legal y de las mujeres que optan por este; y asimismo, pensar la IVE como un tema de discusión pública y para el empoderamiento de las mujeres sobre su salud sexual y su salud reproductiva.

## Discusión

En los resultados de este estudio llama la atención la madurez en la construcción de los discursos de los participantes, a pesar de encontrarse en período de formación profesional y su juventud. Estos giraron alrededor de la importancia de que se haya legalizado el aborto, a través de la Sentencia C-355 de 2006, desde una cuestión de derechos de las mujeres y de los beneficios para la sociedad, en términos económicos y de bienestar, en especial para la población de bajos recursos económicos. Lo anterior, a pesar de la satanización de la Sentencia por parte de los sectores conservadores más radicales, se describió también en dos trabajos previamente realizados con médicos y estudiantes de medicina en dos ciudades colombianas [4,20].

Asimismo, los participantes en este estudio ubicaron el fenómeno de estudio en el complejo contexto colombiano, país en vía de desarrollo y en el que desafortunadamente se han “naturalizado” las agresiones contra las mujeres. Sobre esto, Profamilia, en 2015 [21], proporciona un dato aterrador: el 64,1 % de las mujeres colombianas han sufrido algún tipo de agresión por parte de sus parejas, y 4,5 % fueron agredidas sexualmente por hombres diferentes a su pareja, dejando en evidencia que la violencia de género en el país es una verdadera epidemia.

Sobre la legalidad del aborto como una cuestión de derechos de las mujeres, es importante resaltar que esto coincide con uno de los elementos sobre los cuales se argumenta la Sentencia y que, además, ha sido un discurso presente en la lucha del movimiento feminista colombiano y mundial [2]. Al respecto, la Corte Constitucional, a través de la Sentencia C-355 de 2006, concluyó que

La penalización del aborto en todas sus modalidades es una norma discriminatoria que expresa el rezago de un imaginario cultural según el cual las mujeres no tienen capacidad de decisión sobre ellas mismas y en este sentido, es dable al Estado, a través de su legislación y

de su sistema de justicia decidir por las mujeres sobre su cuerpo [1].

Lo anterior es coherente con resultados de otros estudios en los cuales participaron profesionales de la salud en formación, que destacan la aceptación del aborto legal sustentado en el derecho de las mujeres a decidir por sí mismas la interrupción del embarazo, así como la necesidad de que el aborto debe ser seguro, legal, accesible y ofrecido por parte del Estado [22,23]. En Colombia, Quintero y Ochoa [20] y Laza y Castiblanco [4] describen cómo los médicos y estudiantes de Medicina consideraron el aborto legal como un avance importante en los derechos de las mujeres, en especial por el efecto benéfico que tiene para disminuir su sufrimiento.

Los beneficios sociales y económicos de la legalización del aborto fueron otros puntos centrales desde el cual los participantes argumentaron la trascendencia de la Sentencia. Sobre esto, Prada, Maddow y Juárez [24] explican que los costos directos e indirectos de la atención del postaborto en condiciones de ilegalidad para el Sistema Nacional de Salud de Colombia en el 2012 se estimaron aproximadamente en 44 millones.

Sin embargo, las opiniones de los futuros profesionales avanzaron al análisis de las potentes prácticas discursivas del patriarcado en la sociedad colombiana como obstáculo para la aceptación e implementación del aborto legal. En este sentido, desde los movimientos feministas se ha teorizado la noción de “patriarcado” como un sistema de dominación masculina que determina la subordinación del colectivo femenino. El centro de la dominación patriarcal son las relaciones de poder a favor del hombre en el ámbito privado y público, y se considera aquella como causa de la opresión femenina [25].

Pero para pensar en el patriarcado es necesario reflexionar sobre la categoría de “género”, que “como un principio de orden, revela la existencia y los efectos de una relación de poder, de una diferencia, de un encuentro desigual” [26].

El género es una de las construcciones humanas básicas para la reproducción del orden social patriarcal. Todas las sociedades están construidas a partir de la existencia de dos normatividades generizadas: la masculina y la femenina. Y sobre estas normatividades se asientan las principales estructuras de las sociedades patriarcales, entre ellas la distinción de lo público y lo privado. Para que estas estructuras se puedan reproducir históricamente y los géneros no se desactiven como estructuras de dominación y de subordinación hay que crear sutiles y vastos sistemas de legitimación. Los argumentos legitimadores surgen con fluidez de la religión y de la filosofía, de la política y de la historia. [27].

Lo anterior implica una institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres, que permea la sociedad en general, que les da a los hombres el poder en todas las instituciones de la sociedad y priva a las mujeres del acceso a las mismas. En esta lógica, en las sociedades con fuertes valores patriarcales, como la colombiana, se violan regularmente los derechos de las mujeres.

En los discursos sobre el patriarcado presentes en los futuros enfermeros y enfermeras se visualizan los “discursos de verdad” acuñados por Foucault [28]. Estos discursos dan cuenta de dos poderes masculinos: los de la Iglesia, como autoridad divina sobre la vida humana, y los de la medicina, como la facultada por su conocimiento científico sobre el cuerpo, y en especial, la reproducción humana. Ambas instituciones reafirman los “discursos de verdad” del patriarcado y la reproducción de su poder, mostrando la formación de un determinado saber del hombre, que ha nacido de las prácticas históricas de control y vigilancia sobre las poblaciones.

La Iglesia presenta al aborto como contrario al derecho natural y a los intereses nacionales, representándolo como un delito que debe ser penalizado y como un pecado [29]. De este modo, el debate se sacraliza, se enuncia en términos absolutos, sin permitir disensos. Otro argumento de esta institución es considerar que todos los actores a favor del tema del aborto (particularmente los movimientos feministas) son manifestaciones de intereses foráneos y antinacionales, que se articulan con el objetivo de erosionar a la familia. Así, lo nacional y lo católico se solapan, para defender una manera de entender la sexualidad y el cuerpo, donde la reproducción es el mandato principal e inevitable de la mujer [29]. Estos discursos de la Iglesia también se enmarcan en términos de confrontación, al construir discursivamente al feto y la embarazada como seres aislados y autosuficientes, cuya relación plantea peligros potenciales para la individualidad de ambos. El resultado es una visión distorsionada del aborto, alejada de la realidad social y de género, que impide un diálogo entre esta realidad y la ley, y coloca así a las mujeres en una posición de heteronomía indefensa [30].

De esta forma, la Iglesia ha sido, y continúa siendo, la defensora principal del patriarcado y de la heteronormatividad, donde las mujeres son marginadas; y para su jerarquía, la reafirmación de una moral sexual única y tradicional se constituye en una de sus misiones fundamentales [29]. Así, la construcción del género y de la sexualidad como “privadas” ha permitido que la Iglesia sostenga al patriarcado, de manera hegemónica, como una forma de dominación de las mujeres.

Los valores patriarcales también son reforzados por la institucionalidad médica que, como un tipo de poder, implica un modo de acción sobre la acción de los demás

y mantiene su ejercicio a través de las interrelaciones entre estas instituciones [31]. Esto, en un intento por controlar la fertilidad y la sexualidad de las mujeres, mediante el dominio de un poder sobre sus cuerpos. Así se comprenden las prácticas de muchos profesionales de la salud, al desconocer los derechos de las mujeres sobre su gestación, y convertirse, en muchas oportunidades, en barreras que, además, las juzgan fuertemente al optar por el aborto. Esta cuestión no es nueva y se fundamenta en la autoridad edificada por el conocimiento médico sobre el cuerpo femenino, representado a las mujeres como aprisionadas en sus órganos reproductores. En consecuencia, las mujeres que deciden abortar son valoradas como incapaces de asumir sus actos y sería función de los médicos educarlas y reeducarlas sobre sus acciones y cuerpos, considerándoseles participantes imprescindibles en la decisión del aborto [32].

Desafortunadamente, el ejercicio real del poder y la autoridad médica se extiende, en diferente medida, a todos los profesionales sanitarios implicados en la atención de las mujeres y de todos usuarios de los servicios de salud [33].

## Conclusiones

Es importante resaltar que los resultados de este estudio, a pesar de sus limitaciones para su generalización — que radican en un diseño que no permite generalizar los resultados y que solo se tuvieron en cuenta las voces de estudiantes de Enfermería—, se unen a otros dos realizados en Colombia [4,20], que muestran las opiniones argumentadas favorables, por estudiantes y profesionales de la salud, hacia la legalización del aborto, por ser tanto una cuestión de derechos de las mujeres como por los beneficios para la sociedad.

En este contexto queda, como recomendaciones para futuros trabajos, persistir e insistir en la socialización de la Sentencia entre las instituciones y profesionales de la salud, y en el tema del aborto legal y los derechos de las mujeres como objeto de necesaria discusión pública y política. En esto, la academia y la investigación tienen un papel determinante: la primera, por su responsabilidad en la formación de los futuros profesionales, y la segunda, para construir un cuerpo sólido de conocimientos sobre el tema.

Pero un elemento imprescindible a decidir para la defensa del derecho de las mujeres es la necesidad inminente del trabajo conjunto de la academia e investigadores con las organizaciones sociales defensoras de los derechos de las mujeres, por las cuales, sin su lucha, la realidad del aborto legal en Colombia sería solo una añoranza.

## Agradecimientos

Las autoras y el autor de este texto desean expresar sus agradecimientos a los estudiantes y las estudiantes de Enfermería de la Universidad Surcolombiana que compartieron mucho más que sus opiniones sobre la legalización del aborto, y a la Universidad Surcolombiana por la financiación del proyecto. Asimismo, deseamos agradecer a la organización no gubernamental colombiana Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, por su lucha incansable por el derecho de las mujeres colombianas al aborto legal.

## Financiación

Proyecto financiado por la Convocatoria institucional para conformar el banco de proyectos de semilleros de investigación y desarrollo tecnológico e innovación 2016, de la Universidad Surcolombiana.

## Conflicto de interés

Las autoras y el autor declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Declaración de responsabilidad

Las autoras y el autor declaran que los puntos de vista expresados son responsabilidad del equipo investigador y no de la Universidad Surcolombiana.

## Referencias

1. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia C-355 (2006 may. 10).
2. Ruibal A. Movement and counter-movement: A history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006-2014. *Reprod. Health Matters*. 2017;22(44):42-51. doi: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44803-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44803-1)
3. Puri M, Lamichhane P, Harken T, Blum M, Harper CC, Darney PD, *et al.* "Sometimes they used to whisper in our ears": Health care workers' perceptions of the effects of abortion legalization in Nepal. *BMC Public Health*. 2012;12:297-315. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-297>.
4. Laza-Vásquez C, Castiblanco-Montañez RA. Percepción del aborto: voces de los médicos en el Hospital de San José (Bogotá). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2017;35(1):71-78. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n1a08>
5. Díaz C, Cravioto VM, Villalobos A, Deeb-Sossa N, García L, García SG. El Programa de Interrupción Legal del Embarazo en la Ciudad de México: experiencias del personal de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;32(6):399-404.

6. Harries J, Stinson K, Orner P. Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: A qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*. 2009;9:296-397.
7. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*. 2013;23(7):924-36. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732313484198>
8. Moore AM, Kibombo R, Cats-Baril D. Ugandan opinion-leaders' knowledge and perceptions of unsafe abortion. *Health Policy and Planning*. 2014;29(7):893-901.
9. Perrin E, Berthoud M, Pott M, Vera AG, Bianchi-Demicheli F. Views of healthcare professionals dealing with legal termination of pregnancy up to 12 wa in French-speaking Switzerland. *Swiss Med. Wkly*. 2012;142:1-7. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13584>.
10. Contreras X, Van Dijk MG, Sanchez T, Smith PS. Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: A qualitative study. *Stud. Fam. Plann*. 2011;42(3):183-90.
11. Medeiros RD de, Azevedo GD de, Oliveira EAA de, Araújo FA, Cavalcanti FJB, Araújo GL de, *et al*. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2012;34(1):16-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000100004>.
12. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
13. Hernández R, Fernández C, Baptista LP. *Metodología de la investigación*. 6.a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
14. Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. 1995;(7):19-39.
15. Minayo MC. El desafío del conocimiento. *Investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
16. Reguillo R. La memoria a debate: el grupo de discusión y mitos urbanos. *Secuencia*. 1999;(43):117-26. DOI: <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i43.647>.
17. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 2002;76(5):423-36.
18. Lincoln Y, Guba E. *Naturalistic Inquiry*. Londres: SAGE Editors, New Jersey: Salk; 1985.
19. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud (1993 oct. 4). [internet]. 2015 [citado 2017 jul. 2]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
20. Quintero EM, Ochoa ME. Conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina ante el aborto inducido despenalizado. *Revista de Salud Pública*. 2015;17(6):912-24.
21. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ends 2015). [internet]. 2015 [citado 2017 jul. 2]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20TOMO%20II.pdf>.
22. Wheeler SB, Zuilig LL, Reeve BB, Buga GA, Morroni CH. Attitudes and intentions regarding abortion provision among medical school students in South Africa. *Int. Perspect. Sex. Reprod. Health*. 2012;38. (3):154-63.
23. Veazey K, Nieuwoudt C, Gavito C, Tocce K. Student perceptions of reproductive health education in US medical schools: A qualitative analysis of students taking family planning electives. *Med. Educ. Online*. 2015;20:1-6. DOI: <https://doi.org/10.3402/meo.v20.28973>.
24. Prada E, Maddow-Zimet I, Juarez F. The cost of postabortion care and legal abortion in Colombia. *Int. Perspect. Sex. Reprod. Health*. 2013;39(3):114-23.
25. Verdugo V. Desmontando el patriarcado: prácticas políticas y lemas del movimiento feminista español en la transición democrática. *Feminismo/s*. 2010;(16):259-79.
26. Cirillo L. Virtualidades pedagógicas del feminismo para la izquierda. *Revista Internacional de Filosofía Política*. 2005;(25):35-59.
27. Cobo R. El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2005;18:249-58.
28. Foucault, M. *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Madrid: Editorial Siglo XXI de España; 1997.
29. Vaggione JM. Aborto-nuevas fronteras. [internet]. 2006 [citado 2017 jul. 2]. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/831?locale-attribute=pt>.
30. Rodríguez B. Gender in constitutional discourses on abortion: Looking at Spain from a comparative perspective. *Social & Legal Studies*. 2016;25(6):699-715. DOI: <https://doi.org/10.1177/0964663916668251>.
31. Foucault M. El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*. 1988;50(3):3-20.
32. Kimport K, Weitz TA. Constructing the meaning of ultrasound viewing in abortion care. *Sociol. Health Illn*. 2015;37(6):856-69. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12237>.
33. Aguiar J, Oliveira AF, Schraiber L. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(11):2287-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
 Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

# Prevalence of diabetes and hypertension in Colombia: A systematic review

Prevalencias de diabetes e hipertensión en Colombia: Un revisión sistemática

Prevalência da diabetes e hipertensão na Colômbia: uma revisão sistemática

Luis Fernando Gómez<sup>1</sup>, Mercedes Mora<sup>2</sup>, Stefania Riascos<sup>3</sup> Diana Parra<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> MD, MPH. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. l.gomezg@javeriana.edu.co. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1834-3012>

<sup>2</sup> MSc, Nutricionista. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. mercedes.mora@javeriana.edu.co. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5396-8726>

<sup>3</sup> Médica. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. abigar2539@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4258-1838>

<sup>4</sup> PhD, MPH, Fisioterapeuta. Washington University. United States of America. dparrape34@gmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9797-6231>

Recibido: 2/05/2017. Aprobado: 23/11/2018. Publicado: 15/02/2019

---

Gómez LF, Mora M, Riascos S, Parra D. Prevalence of diabetes and hypertension in Colombia: A systematic review. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):87-95. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a13

---

## Abstract

**Objective:** To conduct a systematic review determining the prevalence of diabetes and hypertension among the adult population in Colombia. **Methodology:** A structured search was carried out in the electronic databases PubMed, SciELO and ProQuest, including studies published in Spanish and English from January 2000 to June 2016. **Results:** Four studies in hypertension and 2 in diabetes were selected. The overall prevalence of hypertension in the 4 selected studies ranged from 13.4% (95% CI:11.5-15.2) to 70.4% (95% CI no reported). The overall prevalence of diabetes in the 2

selected studies were 8.1(95% CI:6.8-9.5) and 8.9% (95% CI no reported). **Conclusion:** This review provides limited but useful evidence about the prevalence of two major noncommunicable diseases in Colombia. The results enhance the need of improving surveillance systems of risk factors of these diseases and standardizing methodological procedures for the estimation of prevalence studies.

-----*Key words:* diabetes mellitus, hypertension, noncommunicable diseases.

---

## Resumen

**Objetivo:** Llevar a cabo una revisión sistemática de las prevalencias de diabetes e hipertensión en la población adulta colombiana. **Metodología:** Se llevó a cabo una búsqueda estructurada en las bases electrónicas PubMed, SciELO and ProQuest, la cual incluyó estudios publicados en español e inglés desde enero de 2000 a junio de 2016. **Resultados:** Cuatro

estudios en hipertensión y 2 en diabetes fueron seleccionados. Las prevalencias generales de hipertensión tuvieron un rango de valores de 13,4% (IC95%:11,5-15,2) a 70,4% (no reportó el IC95%). Las prevalencias generales de diabetes en los 2 estudios fueron 8,1% (IC95%:6,8-9,5) y 8,9% (no reportó el IC95%). **Conclusión:** Esta revisión brinda evidencia limitada

---

pero útil acerca de las prevalencias de dos enfermedades crónicas no-transmisibles en Colombia. Los resultados destacan la necesidad de mejorar los sistemas de vigilancia de factores de riesgo de estas enfermedades y estandarizar

los procedimientos metodológicos para estimación de futuros estudios de prevalencia.

-----*Palabras claves:* diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades no transmisibles.

## Resumo

Objetivo: Efetuar uma revisão sistemática que determine a prevalência da diabetes e hipertensão na faixa etária adulta da Colômbia. Metodologia: se fez uma pesquisa estruturada nas bases de dados eletrônicas PubMed, SciELO e ProQuest na qual se abrangeram os estudos publicados na língua espanhola e inglesa entre janeiro do 2000 e junho do 2016. Resultantes: se escolheram quatro estudos atinentes com a hipertensão e dois concernentes com a diabetes. A prevalência total da hipertensão nos quatro estudos escolhidos oscilou entre 13,4% (95% IC: 11,5-15,2) e 70,4% (95%, IC não reportado). No alusivo com a prevalência total da diabetes nos dois estudos escolhidos, o

seu valor esteve entre 8,1% (95% IC: 6,8-9,5) e 8,9% (95%, IC não reportado). Conclusão: esta revisão fornece evidência limitada porém útil no tocante com a prevalência de dois doenças não contagiantes de grande saliência na Colômbia. As resultantes acrescentam a necessidade de melhorar os sistemas da vigilância para os fatores de risco destas doenças e de padronizar os procedimentos metodológicos para a estimação dos estudos de prevalência.

-----*Palavras chave:* diabetes mellitus, hipertensão, doenças não contagiantes

## Introduction

According to the World Health Organization, non-communicable diseases (NCD) are the main cause of mortality and burden of disease worldwide [1]. Among them, diabetes and hypertension are of special concern because they are closely linked with cardiovascular diseases and other chronic conditions [2-5]. The mortality due to hypertension is estimated in 9.4 million persons annually worldwide and in the case of diabetes is around 1.6 million [6-7].

Over the last ten years, prevalence of diabetes and hypertension have had a more rapid increase in middle and low-income countries compared to affluent countries. In addition, the proportion of people with these two chronic conditions who are undiagnosed or untreated is also higher in middle and low-income countries, due in part to the weaknesses and unpreparedness of health care systems [8,9].

High systolic blood pressure and high plasma fasting glucose were the first and fifth risks linked with mortality in Colombia in 2016, and the third and sixth linked with burden of disease, respectively [10]. However, to date there has not been in Colombia a rigorous evaluation and documentation of the problem of hypertension and diabetes in the population, particularly considering regional variations, which is explained in part by the absence of a standardized surveillance system in noncommunicable diseases. Due to great differences in terms of dietary and physical activity patterns, as well as on alcohol consumption and quality of health care systems [11-15], vast differences in the prevalence hypertension and diabetes between regions are anticipated. Therefore, the aim of this study was to

conduct a systematic review determining the prevalence of these two chronic conditions among the adult population in Colombia. The results of this study will provide information to decision makers, civil society and academics, regarding the extent of the problem of diabetes and hypertension in the Colombian population.

## Methodology

### Data sources and search strategy

This systematic review included original quantitative studies that establish the prevalence of diabetes mellitus and hypertension in adult populations in Colombia, either at the national or local level. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) guidelines were followed.

A structured search was carried out in the electronic databases PubMed, SciELO and ProQuest and included studies published in Spanish and English from January 2000 to June 2016. In addition, we made a manual search of all health journal included in the Bibliographic Index of the Colombian Department of Science and Technology. This timeframe was selected in order to gather information of prevalence that could reflect the current epidemiological situation of these two chronic diseases in Colombia.

The search syntax used words in Spanish or English according to the database. Three blocks of terms and Boolean operators were used: the first with the terms “diabetes” OR “hypertension”, the second with the terms “Colombia” or the names of the ten most inhabited cities in this country. In addition, all the national health and nutrition surveys were reviewed in this period. Finally,



two external researchers who had published on the topic were contacted, with the purpose of finding other studies not captured by the search. This search strategy was defined to reduce the probability of omitting studies. The search was completed in September 15 2016.

### Study selection and inclusion criteria

This review included original quantitative studies with cross-sectional designs and conducted in general adult populations in Colombia since 2000. Studies had to have probabilistic sampling designs. The operational definition of diabetes and hypertension had to consider both a quantitative measure (blood fasting glucose in plasma or blood pressure measures) and a self-report of having been diagnosed or receiving medicines for either of these two diseases. Moreover, prevalence studies which considered both measurements of fasting plasma glucose and plasma glucose, 2 hours after a load of 75 grams of glucose were included. We did not include studies exclusively conducted in institutionalized populations and patients. We also excluded studies conducted in pregnant women.

### Data extraction and quality assessment

The first and the third authors independently selected the potential studies to be included in the review, based on the content of titles and abstracts. Subsequently, these two reviewers extracted the basic information from the manuscript texts and assessed the study validity. In case of disagreement, the second author reviewed the manuscript and a final agreement was reached through a deliberative process.

The following characteristics were obtained from each study: authors, date, city or region, study population, operational definition of diabetes or hypertension, sample size, quality of the study and total prevalence.

The quality assessment of each study was carried out using the following criteria: appropriateness of sample size, prevalence estimates by sex, report of confidence intervals and avoidance of selection bias. These criteria were adapted from the study conducted by Silva-Magliano et al. in Brazil [16]. Two review authors conducted this assessment. Where there was disagreement, this was resolved using a deliberative process.

Considering these criteria, three overall levels of quality were defined based on an adaptation of the Support Unit for Research Evidence (SURE) [17]: reliable, important limitations and fatal flaws. The reliable studies have only minor limitations and can be used as a trusted source of evidence. Those studies with important limitations should be interpreted cautiously. Those studies with fatal flaws were not included in the review. Due to the heterogeneity of the design studies and the different approaches to define diabetes and hypertension, it was not feasible to conduct a meta-analysis.

This study was approved by the Institutional Review Board from the School of Medicine of Pontificia Universidad Javeriana in Bogota (FM-CIE-0102-16).

## Results

The initial search in diabetes identified 667 citations. After excluding papers based on titles and abstracts and removing duplicates, 32 articles were accepted to a complete review of the full text. Twenty five studies were excluded because they did not meet the inclusion criteria. Seven articles followed the inclusion criteria and 2 were finally included, after excluding redundant publications and studies with poor quality (See figure 1) [11-18].

Regarding hypertension, the initial search identified 556 citations. Thirty-eight articles were reviewed. Ten articles followed the inclusion criteria, including a doctoral dissertation extracted from the repository of Michigan University. Twenty eight studies were excluded because they did not meet the inclusion criteria. Finally, 4 articles were included (See figure 2). One of these studies examined both the prevalence of diabetes and hypertension [18].

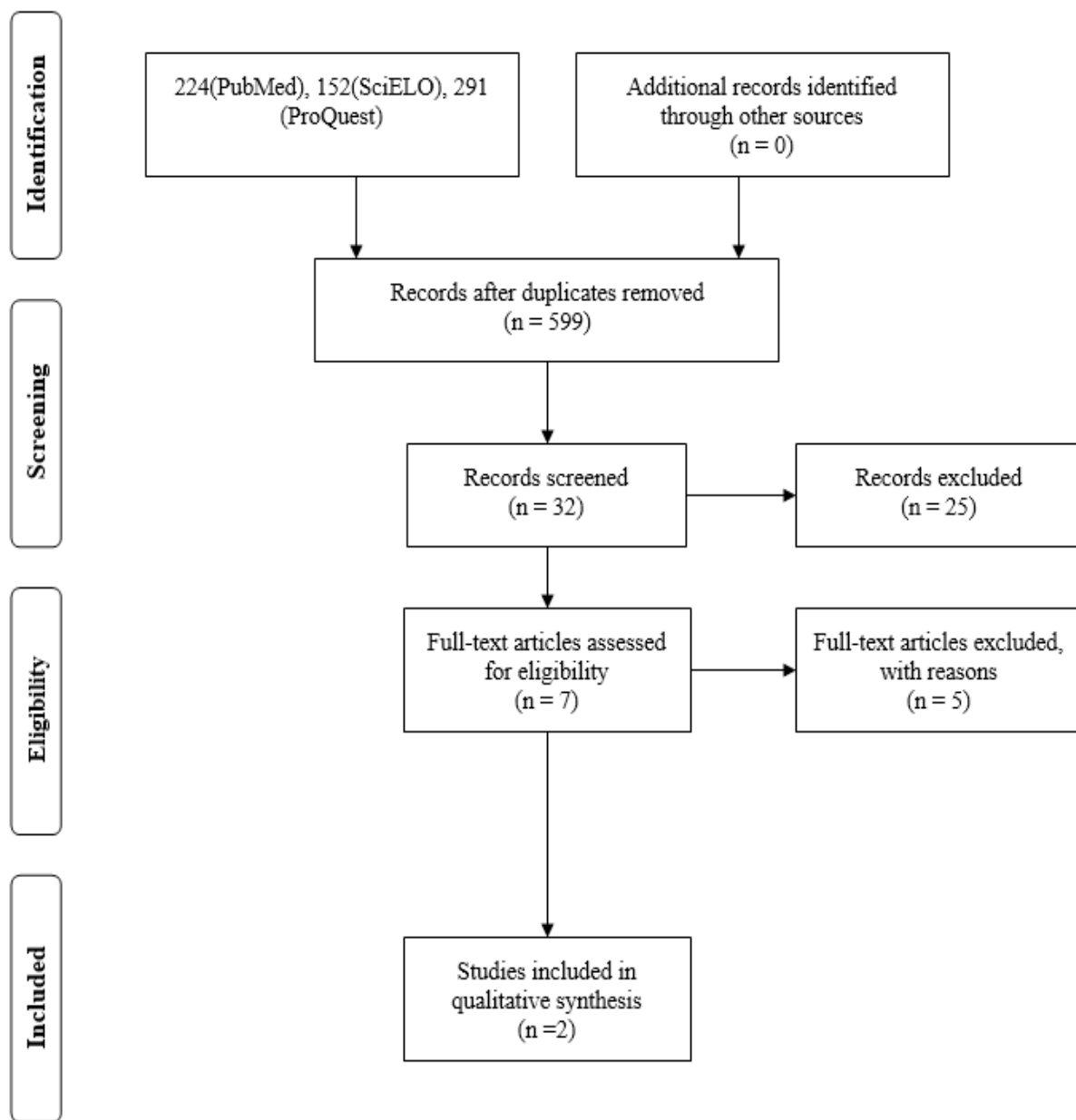
Table 1 shows the results of the quality assessment of the articles that finally followed the inclusion criteria. Four studies were judged as reliable [18,19,23,25], one had important limitations [20] and three had fatal flaws [21,22,24].

### Hypertension

Table 2 shows the characteristics of the included studies on prevalence of hypertension in Colombia with data collected since 2000. The CARMELA study was conducted by Schargrotsky et al., in 7 Latin American cities, including Bogotá. In this city the global prevalence of hypertension was 13.4% among adults aged 25 to 64 years, which was higher in men (14.6%) than in women (12.4%). Compared with other cities of the region, the prevalence was lower in Barquisimeto (24.7%), Buenos Aires (29.0%) and Santiago (23.8%), but higher than Quito (8.6%), Lima and Mexico (11.7%) [18].

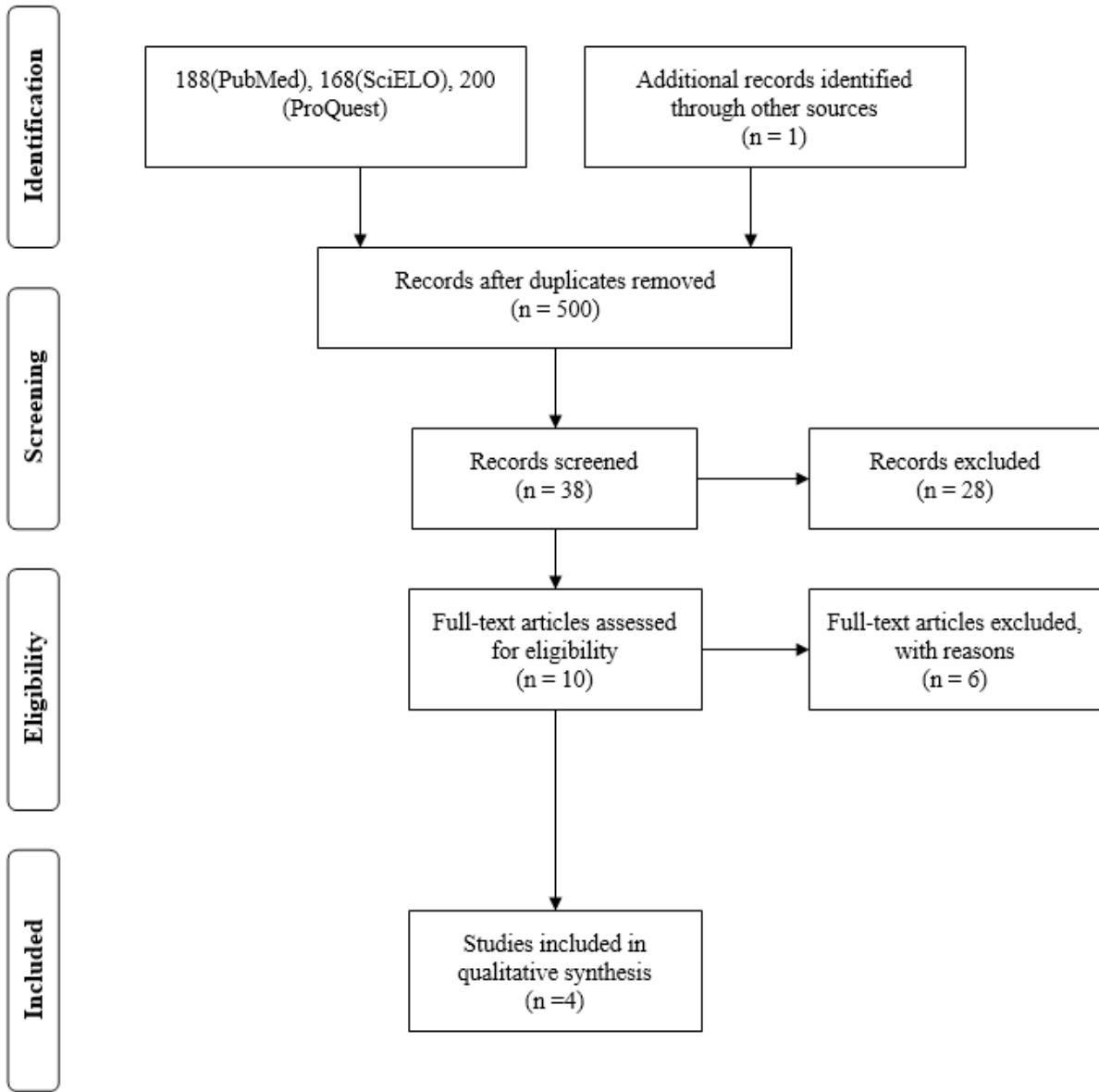
Navarro-Lechuga et al, conducted a study in adults ages 18 years and older from four districts of Barranquilla where the majority of inhabitants were afro-descendants. They found 217 subjects with hypertension among 1017 people evaluated. The prevalence for this study was higher in women (11.8%) than in men (9.5%) calculating a total prevalence of 21.3% [20].

The doctoral dissertation of Lucumi was based on data from the 2007 Colombian National Survey of Health (CNSH) and considered a subsample of 12,878 Colombian people aged 18-69 years. This study reported



**Figure 1.** PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) flow-chart of study selection in diabetes.

*Fuente:* Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097. For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).



**Figure 2.** PRISMA (Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses) flow-chart of study selection in hypertension

*Fuente:* Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097. For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

**Table 1.** Results of the quality assessment of the articles that followed the inclusion criteria.

Study	Chronic conditions	Appropriateness of sample size ¥	Prevalence estimates by sex	Report of confidence intervals	Avoidance of selection bias	Overall quality of the study	Observations
Schargrodsky et al, 2006 [11]	Diabetes	++	+++	+++	+++	Reliable	
Alayón et al, 2006 [12]	Diabetes	-	+++	---	++	Reliable	
Navarro-Lechuga et al, 2009 [13]	Hypertension	++	++	---	+	Important limitations	The study reported the prevalence in absolute frequency.
Patiño-Villada et al, 2011 [14]	Diabetes and hypertension	--	++	---	---	Fatal flaws	The study has a high risk of selection bias.
Gakidou et al, 2011 [15]	Diabetes	+++	---	---	+++	Fatal flaws	The study only reported the prevalence in a graphic and did not include any value.
Lucumí-Cuesta, 2014 [16]	Hypertension	+++	+++	+++	+++	Reliable	
Cataño-Bedoya et al, 2015 [17]	Diabetes and hypertension	-	+++	---	+++	Fatal flaws	The small sample size did not allow to have acceptable estimations of prevalence
Cano-Gutiérrez et al, 2015 [18]	Hypertension	++	+++	---	+++	Reliable	

The addition and subtraction symbols have positive and negative connotations, respectively ¥ Sample size >3000 (+++), 1000-2999 (++), 800-999(+), 799-400 (-), 399-200 (--) <200(---).

**Table 2.** Characteristics of the included studies on prevalence of hypertension in Colombia published since 2000. (All studies were cross-sectional and had probabilistic sampling designs).

Study	Municipality (department)	Study population	Definition of hypertension	Sample size	Overall prevalence and by sex (CI 95%)
Schargrodsky et al, 2006 [18]	Bogotá (Capital District – urban area)	Adults (25-64 years)	Blood pressure $\geq 140/90$ mm Hg, or use of antihypertensive drugs	1553	13.4% (11.5-15.2) Females: 12.4% (10.2-14.7) Males: 14.6% (11.9-17.2)
Navarro-Lechuga et al, 2009 [20]	Afro-Colombian communities. Barranquilla (Atlántica – urban area)	Adults (18 years and over)	Blood pressure $\geq 140/90$ mm Hg, or use of antihypertensive drugs	1017	21.3% (CI no reported) Prevalence were not reported by sex
Lucumí-Cuesta, 2014 [23]	National level (urban and rural areas)	Adults (18-69 years)	Blood pressure $\geq 140/90$ mm Hg, or use of antihypertensive drugs	12878	25.1% (24.0-26.2) Females: 21.8% (20.5-23.2) Males: 29.0% (27.2-30.9)
Cano-Gutiérrez et al, 2015 [25]	Bogotá (Capital District – urban area)	Adults (60 years and over)	Blood pressure $\geq 150/90$ mm Hg or diagnosed by physician or nurse	1793	70.4% (CI no reported) Females: 69.9% Males: 71.2%

a global prevalence of hypertension of 25.0%, being 30.2% in men and 21.8% in women [23].

Cano et al, conducted a study on prevalence of factors associated with hypertension among older adults ages 60 years and older living in Bogotá, using data of the cross sectional study "Salud, bienestar y envejecimiento (SABE), 2012" (In English: Health, well-being and Aging study). They found a prevalence of hypertension of 56.9% according to self-report (Men 55.4%, Women 57.8%) and a prevalence of undiagnosed hypertension of 13.5% (Men 15.8%, Women 12.1%), calculating a global prevalence of 70.4% [25].

### Diabetes

Two studies that established the prevalence of diabetes were finally included in the review (see Table 3). Schargrodsky et al., reported in the CARMELA study, a global prevalence of diabetes of 8.1% (8.7 women % vs 7.4% men) among adults ages 25 to 64 years, with the second highest prevalence in some Latin-American cities, exceeded by Mexico City (8.9%) [18]. Alayon et al. conducted a study in Cartagena during 2004-2005 in adult population ages 30 years and older. The global overall prevalence found in this study was 8.9% [19].

**Table 3.** Characteristics of the included studies on prevalence of diabetes mellitus in Colombia published since 2000. (All studies were cross-sectional and had probabilistic sampling designs).

Study	Municipality (department)	Study population	Definition of diabetes	Sample size	Overall prevalence and by sex (CI 95%)
Schargrodsky et al, 2006 [18]	Bogotá (Capital District – urban area)	Adults (25-64 years)	Fasting plasma glucose $\geq 126$ mg/dl or self-reported diabetes	1553	8.1% (6.8-9.5) Females: 8.7% (6.8-10.6) Males: 7.4% (5.7-9.2)
Alayón et al, 2006 [19]	Cartagena (Bolívar – urban area)	Adults (30 years and over)	Fasting plasma glucose $\geq 126$ mg/dl OR 2-h plasma glucose $\geq 200$ mg/dl	749	8.9% (CI no reported) Prevalence were not reported by sex

## Discussion

This systematic review provides limited but useful evidence about the prevalence of two major NCDs in Colombia from studies conducted since 2000. Despite the few studies finally included in this review, the results shows that diabetes and hypertension are important public health problems in Colombia. The results enhance the need of improving surveillance systems of risk factors of NCD and standardizing several methodological procedures for the estimation of future prevalence studies.

Some of the studies reviewed showed that the prevalence of hypertension by sex was higher in men than in women [18,23,25] but only in the secondary analysis conducted by Lucumi-Cuesta the confidence intervals were not overlapped [23]. For diabetes, out of the two studies selected, only one explored differences by sex being slightly higher in women [18]. These results are contrary to those found in several prevalence studies of hypertension conducted in Brazil and Chile, which found higher prevalence in women [26-28]. Further studies should be conducted, in order to better understand these differences.

Several limitations can be identified in this systematic review. First, the reduced number of studies included in the review does not allow to make regional comparisons or to assess time trends. Second, two studies did not disaggregate the prevalence by sex [19,20]. Third, three studies did not calculate the confidence intervals which hinders assessing the precision of the estimates [19,20,25]. Fourth, the prevalence studies of hypertension included in this review were conducted, before the changes of cutoff values recently recommended by the American College of Cardiology [29]. Fifth, we did not include in our search the databases Web of Science and Scopus. Sixth, the scope of this study is restricted to studies published since 2000. Finally, most of the studies included were carried out among urban population, which limits the implication of the results in rural regions, where the prevalence of these two conditions are mostly unknown.

Despite these limitations, this systematic review provides insights that can guide policy actions and improvements in surveillance systems in the area of NCDs. First, the results enhance the need of standardizing the operational definitions of diabetes and hypertension in population surveys. This requires the appropriate use of indicators that combines self-report and objective measures, that allow to consider both undiagnosed and diagnosed diabetes and hypertension. This approach is in accordance with the recommended operational definitions of the National Health and Nutrition Examination Survey [30,31]. Second, the sample sizes

and sampling designs of future prevalence studies in the area of NCDs should guarantee the estimation of prevalence of diabetes and hypertension, not only by sex and basic age groups, but also by socioeconomic position, region and ethnic groups. .

## Acknowledgments

We would like to acknowledge the contribution of Professors Lindsey Smith and Barry Popkin from The University of North Carolina at Chapel Hill.

## Funding

This research was conducted under an agreement between The University of North Carolina at Chapel Hill and Pontificia Universidad Javeriana (sede Bogotá) (Subward number # 5103721) which was funded by Bloomberg Philanthropies.

## Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

## Declaration of responsibility

The authors stated that the points of view expressed are the responsibility of the author and not of the institution in which she works or of the funding source.

## References

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1) [Accessed 11th July 2016].
2. Liu XM1, Liu YJ, Zhan J, He QQ. Overweight, obesity and risk of all-cause and cardiovascular mortality in patients with type 2 diabetes mellitus: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Epidemiol* 2015;30(1):35-45.
3. Lee C, Joseph L, Colosimo A, Dasgupta K. Mortality in diabetes compared with previous cardiovascular disease: a gender-specific meta-analysis. *Diabetes Metab* 2012;38(5):420-427.
4. Stevens SL, Wood S, Koshiares C, Law K, Glasziou P, Stevens RJ, McManus RJ. Blood pressure variability and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;354:j4098.
5. Etehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callenger T, Emberson J, Chalmers J, Rodgers A, Rahimi K. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;387(10022):957-967.
6. im SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic

- analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224–60.
7. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3(11):e442.
  8. World Health Organization. Global report on diabetes. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf) [Accessed 11th July 2016].
  9. World Health Organization. A global brief on hypertension: A silent killer, global public health crisis. Available at: [http://ish-world.com/downloads/pdf/global\\_brief\\_hypertension.pdf](http://ish-world.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf) [Accessed 15th July 2016].
  10. Global Burden of Disease Study, Institute for Health Metrics and Evaluation. Available in: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [Accessed 1st July 2018].
  11. WHO| Guideline Sodium intake for adults and children Sodium intake for adults and children. [cited 2018 Jun 17]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77985/9789241504836\\_eng.pdf;jsessionid=082F8CE6F9595F86C1F273CEDA437CEF?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77985/9789241504836_eng.pdf;jsessionid=082F8CE6F9595F86C1F273CEDA437CEF?sequence=1)
  12. Imamura F, Connor LO, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. 2015;1–12.
  13. Liu X, Zhang D, Liu Y, Sun X, Han C, Wang B, Ren Y, Zhou J, Zhao Y, Shi Y, Hu D, Zhang M. Dose-Response Association Between Physical Activity and Incident Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Hypertension*. 2017;69(5):813-820.
  14. Roerecke M, Tobe SW, Kaczorowski J, Bacon SL, Vafaei A, Hasan OSM, Krishnan RJ, Raifu AO, Rehm J. Sex-Specific Associations Between Alcohol Consumption and Incidence of Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(13). Pii:e008202.
  15. Aune D, Norat T, Leitzmann M, Tonstad S, Vatten LJ. Physical activity and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Eu J Epidemiol*. 2015;30(7):529-542.
  16. Silva-Magliano E, Gaspar-Guedes L, Silva freire E, Vergetti-Bloch K. Prevalence of arterial hypertension among Brazilian adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013;13:833.
  17. SURE Guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Available in: [http://www.sandy-campbell.com/sc/KTC\\_Module\\_1\\_files/KTP%20Module%201%20-%204.3c%20-%20SURE%20Guides%20-%2004%20deciding%20and%20describing%20options.pdf](http://www.sandy-campbell.com/sc/KTC_Module_1_files/KTP%20Module%201%20-%204.3c%20-%20SURE%20Guides%20-%2004%20deciding%20and%20describing%20options.pdf) [Accessed 1st September 2016].
  18. Schargrodsky H, Hernandez-Hernandez R, Champagne BM, Silva H, Vinueza R, Silva Ayc, aguer LC et al. CARMELA Study Investigators. CARMELA: assessment of cardiovascular risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008; 121: 58–65.
  19. Alayón A, Alvear C. Prevalencia de desórdenes del metabolismo de los glúcidos y perfil del diabético en Cartagena de Indias (Colombia). *Salud Uninorte*. 2005;22(1):20-8.
  20. Navarro-Lechuga E, Vargas-Moranth RF. Características epidemiológicas relacionadas con el género en hipertensos de raza negra. *Salud Uninorte*. 2009;25:88-100.
  21. Patiño-Villada FA, Arango-Vélez MA, Quintero-Velásquez MA. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. *Rev Salud Pública*. 2011;13(3):433-445.
  22. Gakidou E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Villalpando S, Lopez-Ridaura R, Aekplakorn W, Naghavi M, Lim S, Lozano R, Murray JL. Management of diabetes and associated cardiovascular risk factors in seven countries: a comparison of data from national health examination surveys. *Bull World Health Organ*. 2011;89:172-183.
  23. Lucumí-Cuesta D. Disparities in hypertension in Colombia: A mixed method study. 2014. Available: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/107278/dilucumi\\_1.pdf?sequence=1](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/107278/dilucumi_1.pdf?sequence=1)
  24. Cataño-Bedoya JU, Duque-Botero J, Naranjo-Gonzalez CA, Rúa-Molina DC, Rosique-Gracia J et al. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en indígenas embera-chami de Cristianía (Jardín), Antioquia. *IAREIA* 2014;28(1):5-16.
  25. Cano-Gutiérrez C, Reyes-Ortiz CA, Samper-Ternent N, Gelvez-Rueda JS, Borda MJ. Prevalence and factors associated to hypertension among older adults in Bogotá, Colombia. *Journal of Aging and Health*. 2015;27(6):1046–1065.
  26. Fasce E, Campos I, Ibáñez P, Flores M, Zárate H, Román O, Fasce F. Trends in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in urban communities in Chile. *J Hypertens*. 2007;25(9):1807-11.
  27. Moreira JP, Moraes JR, Luiz RR. Prevalence of self-reported systemic hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2013;29(1):62-72.
  28. Mendes T de A, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MB, César CL, Carandina L. Factor associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2275-86.
  29. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, DePalma S, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbigele B, Smith Jr. SC, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA, Williamson JD, Wright JT. 2017 ACC/AHA/ AAPA/ ABC/ACPM /AGS/APhA /ASH/ASPC/NMA / PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018, e 1 2 7 – 2 4 8.
  30. Cowie CC, Rust KF, Byrd-Holt DD, Eberhardt MS, Flegal KM, Engelgau MM, Saydah SH, Williams DE, Geiss LS, Gregg EW. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults in the U.S. populations: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. *Diabetes Care*. 2006;29(6):1263-8.
  31. Olives C, Myerson R, Mokdad AH, Murray CJ, Lim SS. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in United States counties, 2001-2009. *PLoS One*. 2013,8(4):e60308.



# Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en los municipios del área metropolitana, Antioquia, 1998-2014

Mortality due to circulatory system diseases in the municipalities of the metropolitan area of Antioquia, 1998-2014

Mortandade decorrente das doenças alusivas ao aparelho circulatório, nos municípios da área metropolitana, Antioquia, 1998-2014

Sebastián Bedoya-Mejía<sup>1</sup>, Ceneida Henao-Valencia<sup>2</sup>, Doris Cardona-Arango.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Profesional en gerencia en sistemas de información en salud, estudiante de doctorado en Epidemiología y Bioestadística. Universidad de Antioquia, Colombia. sebox65@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-4945-8798.

<sup>2</sup> Profesional en gerencia de información en salud. Universidad de Antioquia, Colombia. xenehida@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-5723-8509

<sup>3</sup> Doctora en Demografía. Docente, Universidad CES, Colombia. doris.cardona@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4338-588X

Recibido: 23/01/2018. Aprobado: 29/01/2019. Publicado: 24/02/2019.

---

Bedoya-Mejía S, Henao-Valencia C, Cardona-Arango D. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en los municipios del área metropolitana, Antioquia, 1998-2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):96-105. doi:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a14

---

## Resumen

**Objetivo:** Describir la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en los municipios del área metropolitana, Antioquia, entre 1998 y 2014. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los 78 734 registros de defunciones, usando proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Se calcularon las tasas según variables como edad, sexo, municipio y las principales enfermedades del sistema. Se compararon dos periodos de tiempo, donde se seleccionan los primeros y los últimos cuatro años de estudio. **Resultados:** La mortalidad fue mayor en el área metropolitana en relación con el departamento de Antioquia en el periodo estudiado; las enfermedades isquémicas del corazón presentan las tasas y defunciones más altas en relación con las demás causas de defunciones, seguida de las cerebrovasculares e hipertensivas. Los grupos de mayor

edad (65 años y más) fueron los que presentaron el mayor riesgo de morir por estas causas. Con relación a la tendencia por sexo, la población masculina tuvo un riesgo mayor que la femenina en un 7 %. Los municipios de Bello y Barbosa presentaron las tasas ajustadas más altas para todo el periodo de estudio; la tasa más baja la expresó el municipio de Envigado. **Conclusiones:** El 26,6 % de la mortalidad se debe a esta causa. Los grupos identificados con mayor riesgo de muerte por ella deberían recibir prioritariamente las medidas de prevención, diagnóstico y manejo por parte de las instituciones encargadas de su salud.

-----**Palabras clave:** mortalidad, enfermedades del sistema circulatorio, cardiopatía isquémica, localización geográfica de riesgo, área metropolitana, Antioquia (Colombia).

---



## Abstract

**Objective:** To describe the mortality due to circulatory system diseases in the municipalities of the metropolitan area of Antioquia between 1998 and 2014. **Methodology:** A retrospective, descriptive study was conducted on 78 734 death records using population projections from the National Administrative Department of Statistics. Rates were calculated based on variables such as age, sex, municipality and the system's main diseases. Two time periods were compared; in these, the first and last four years of study were selected. **Results:** Mortality was higher in the metropolitan area when compared with the department of Antioquia during the studied time period. Ischemic heart conditions had the highest rates and amount of deaths in relation to the other causes of death. As for cerebrovascular and hypertensive conditions, these occupied the second place. The

oldest groups (aged 65 and beyond) had the highest risk of dying from these causes. As for the tendency by sex, the risk was 7% higher for the male population than for the females. The Bello and Barbosa municipalities had the highest adjusted rates during the entirety of the studied period. The lowest rate was observed for the Envigado municipality. **Conclusions:** This is the cause of 26.6% of the mortality. The groups identified as having a higher risk of death from this condition should receive priority prevention, diagnosis and management measures from the institutions in charge of their health.

-----**Keywords:** mortality, circulatory system diseases, ischemic heart disease, geographical localization of risk, metropolitan area, Antioquia (Colombia).

## Resumo

**Objetivo:** Descrever a mortalidade decorrentes das doenças no aparelho circulatório, nos municípios da área metropolitana, Antioquia, entre 1998 e 2014. **Metodologia:** Se realizou um estudo descritivo recuando a rever dos 78 734 cadastros de óbitos, nós virando utentes da metodologia de projeções populacionais do Departamento Administrativo Nacional de Estatísticas. Se mensuraram os índices segundo as variáveis como a etária, gênero, município e as principais doenças do sistema. Se fiz um versus dos períodos de tempo, onde se escolhem os primeiros e os finais quatro anos de estudo. **Resultantes:** A mortalidade foi maioritária na área metropolitana num versus na frente da cifra do departamento de Antioquia no lapsus de tempo estudado; as doenças isquêmicas do coração apresentam os índices e óbitos maioritários num versus na frente das outras causais de falecimentos, continuada

pelos cerebrovasculares e hipertensão. Os grupos de mais avançada idade (65 anos ou mais) foram os que apresentaram o mais grande risco de morrer por meio destas causais. Com relação a propensão pelo gênero, a comunidade masculina teve um risco mais predominante do que a feminina num 7 %. Os municípios de Bello e Barbosa apresentaram as taxas ajustadas mais altas para todo o lapsus estudado; o índice mais baixo o amostrou o município de Envigado. **Conclusões:** O 26,6 % da mortalidade se deve a esta causal. Os grupos identificados com pior risco de morte por ela deveriam receber prioritariamente as medidas de prevenção, diagnoses e manejo por parte das instituições encarregadas da sua saúde.

-----**Palavras chave:** mortalidade, doenças do aparelho circulatório, cardiopatia isquêmica, localização geográfica do risco, área metropolitana, Antioquia (Colômbia).

## Introducción

Las enfermedades del sistema circulatorio son el principal problema de salud pública en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1]. Estas enfermedades, asociadas a la muerte, son un indicador que forma parte de las variables más importantes para determinar las condiciones de vida y la situación de salud en una población. En el año 2012, 17,5 millones de defunciones representaron el 31 % de la mortalidad en todo el mundo; de estas defunciones, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria [2]. En el 2030 morirán cerca de 23 300 000 personas y se predice que sigan siendo la principal causa de muerte en el mundo [3].

Estados Unidos registra cada año 700 000 casos de enfermedad vascular cerebral. Se considera que el accidente cerebrovascular es la tercera causa de muerte, donde aproximadamente 200 000 personas fallecen

al año como consecuencia de este padecimiento. Para 2007, el 50 % de las muertes se debió a enfermedades isquémicas del corazón (EIC) [4]. En América Latina, para los años 1998 al 2007, la distribución porcentual de las muertes fue dominada por las EIC, con un 43 % de todas las muertes, mientras que las enfermedades cerebrales representaron el 22 %, seguidos por insuficiencia cardíaca y la enfermedad hipertensiva, con un 9 % [5].

En 27 países de la región de las Américas se presentaron cerca de 271 865 muertes por accidente cerebrovascular para el año 2002. La tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo fue más alta en Nicaragua, República Dominicana y Trinidad y Tobago, donde sobrepasó 200 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que la tasa en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Puerto Rico estuvo por debajo de 150 muertes. En México, las

enfermedades del corazón en conjunto son la primera causa de muerte en general [6]; en Costa Rica, durante el año 2011 fallecieron 5483 personas por enfermedades del aparato circulatorio, con una tasa de 119, siendo la tasa para el sexo masculino de 128, y la del sexo femenino, 109 [7].

En Sur América, las enfermedades cerebrales representaron, para Brasil, el 31 % del total de las muertes para el año 2010 [8]. De enero a octubre de 2012, las enfermedades del aparato circulatorio representaron el 20,6 %; el 24 % afectó a adultos entre los 20 y los 59 años, en pleno intervalo de la edad activa. Las muertes por infarto agudo de miocardio representaron el 12,1 % en este grupo [9].

Acerca de las tasas de mortalidad en Colombia según los principales eventos de las enfermedades del sistema circulatorio (cardíaca isquémica, cerebrales, hipertensiva y cardíaca reumática crónica), se tiene un total de 628 630 personas fallecidas, correspondientes al 23,5 % del total de las muertes en el país, donde el 56,3 % fueron por EIC, el 30,6 % por enfermedad cerebral, el 12,4 % por enfermedad hipertensiva y el 0,5 % por enfermedad cardíaca reumática crónica, analizados en el periodo de tiempo 1998-2011 [10]. Durante 2006, la principal causa de mortalidad fueron las enfermedades del aparato circulatorio, con una incidencia de 133,1, superando a las de causa externa (homicidios, suicidios y accidentes de transporte), representadas en 79,1 [11].

En el departamento de Antioquia, en 2006, la principal causa de muerte fue la EIC, con el 13,3 % del total de defunciones [3]. La razón hombre/mujer en la mortalidad general del departamento por esta causa no presenta cambios significativos para el año 2010.

Ante este panorama, surgió la necesidad de conocer la distribución de la mortalidad por esta causa en general y por cada una de los diagnósticos en los municipios del área metropolitana

Asimismo, se presenta espacialmente la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en los municipios de residencia, por medio de la georreferenciación, utilizada como una herramienta de apoyo en desarrollos tecnológicos de los sistemas de geoposicionamiento global y los sistemas de información geográficos [12].

Esta investigación sirve para futuras intervenciones sobre eventos prevenibles que tengan soporte teórico, que sirva como consulta permanente para todos los actores competentes (alcaldías, secretarías de salud de cada municipio y universidades), que permita apoyar el análisis y la toma de decisiones, y que genere interés para futuras investigaciones, debido a su complejidad y que el tema que trata es un problema para la salud pública.

## Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las defunciones cuya causa de muerte fue “enfermedades del sistema circulatorio”, incluida en el grupo 3 de la Lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud [13].

La población de referencia fueron las personas fallecidas en el área metropolitana en el periodo 1998-2014, correspondiente a los siguientes municipios: Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, La Estrella, Medellín y Sabaneta, y registrados en la base de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

Por su parte, la población de estudio consistió en los 78 734 registros de defunción de las personas fallecidas por esta causa en los municipios del área metropolitana del departamento de Antioquia en el periodo de estudio.

El análisis caracterizó las defunciones registradas por enfermedades del sistema circulatorio en la población que conforma los diez municipios del área metropolitana, según las variables sociales y demográficas como sexo, área de residencia y grupos de edad.

Para identificar los dos periodos de tiempo inicial y final, se hizo un análisis de dos periodos de tiempo: periodo 1 (1998-2002) y periodo 2 (2010-2014). También se presentan los mapas con las tasas ajustadas más altas de la principal enfermedad para cada uno de los municipios.

Como denominador para el cálculo de las tasas de mortalidad, se tomaron las proyecciones de población de los años estudiados, por grupo de edad, sexo y municipio de residencia del fallecido, publicados por el DANE en la página oficial. Se calcularon las tasas ajustadas por edad según el método directo, usando la población estándar de la OMS [14]. Se calculó la diferencia de tasas por las variables estudiadas. Se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics versión 21 para la obtención de los resultados.

Para la georreferenciación, se tomó como referencia el mapa de Colombia del Sistema de información geográfica para la planeación y el ordenamiento territorial (SIG-OT) [15] y se seleccionó el departamento de Antioquia, y allí, cada uno de los municipios que conforman el área metropolitana.

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud [16], y según los aspectos mencionados en el artículo 11 de dicha resolución, esta investigación se clasifica sin riesgo, debido a que no se interviene en individuos, y se toman como insumo los metadatos de mortalidad proporcionados por el DANE. Por lo tanto, es una fuente de información secundaria, garantizándose la no duplicidad, la privacidad y la seguridad de la información, utilizando los principios científicos, metodológicos y técnicas de análisis de datos adecuados para producir información válida y precisa.

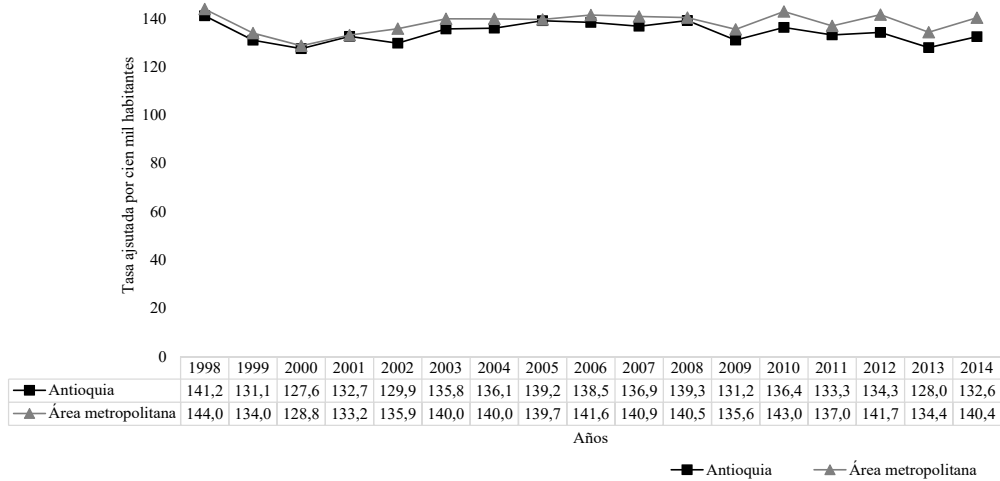
## Resultados

Entre 1998-2014, en el área metropolitana fallecieron 296 022 personas por diferentes causas y el total de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio fue de 78 734, correspondientes al 26,6 %. De estas, 39 609 atañen al sexo femenino, representando el 50,3 %, seguido del masculino, con 39 125 casos, concernientes al 49,7 %.

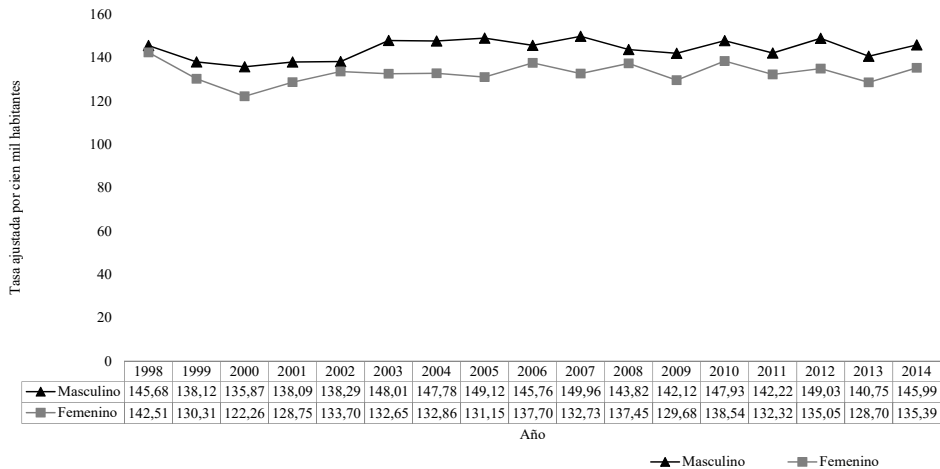
Al comparar las tasas ajustadas entre el área metropolitana y el departamento de Antioquia, se encontró que la primera tiene las tasas más altas para todo el periodo de estudio; para el año 1998, tuvo una tasa de 144,0 muertes por cada cien mil habitantes, siendo la más alta en los periodos estudiados. Por su parte, el departamento, para el mismo año, presentó una tasa de 141,2. En el año 2000 se dieron las tasas más bajas, con 128,78 y 127,6 respectivamente. Las

tasas se mantuvieron en un rango de 127,6 a 144,0 respectivamente para todo el periodo de estudio. Para el año 2014, representaron una razón de tasas de 5,9 %, donde el área metropolitana es mucho mayor que Antioquia (véase figura 1).

En los diferentes años de estudio, respecto a las tasas por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, para 2007, la tasa más alta la presentó el masculino, con 149,96 en relación al periodo estudiado, mientras que, para el femenino, la tasa más alta fue para 1998, con 142,51. Para el año 2014, las tasas tanto para el masculino como femenino representaron una razón de tasas de 1,07 (véase figura 2). Esto indica que, en el periodo 1998-2014, la población masculina tuvo un riesgo mayor que la femenina, en un 7 %, de morir por enfermedades del sistema circulatorio en el área metropolitana.



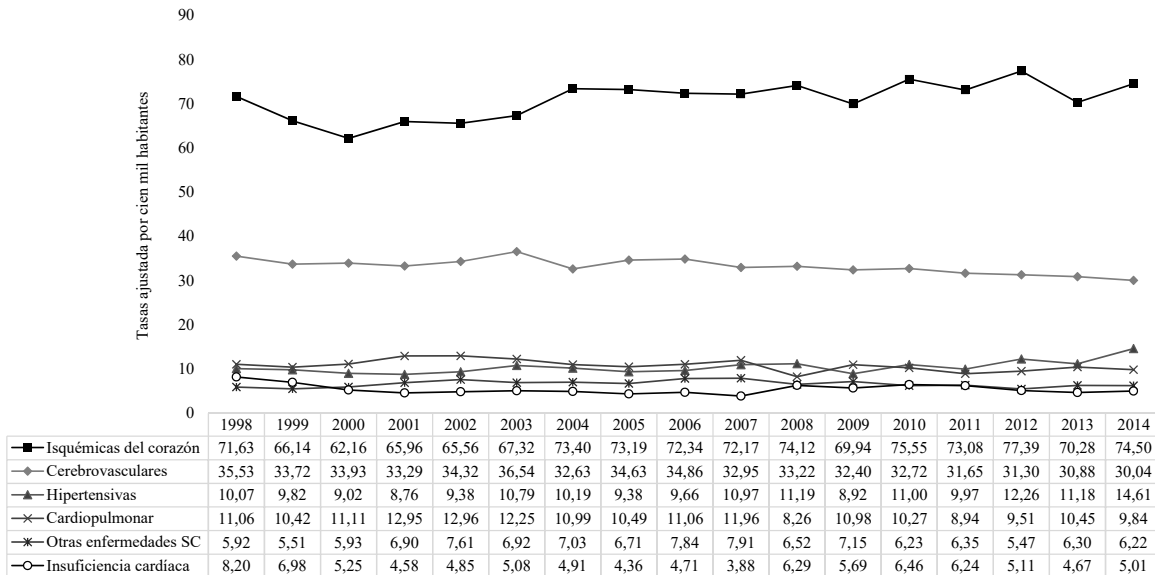
**Figura 1.** Tasa ajustada de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el área metropolitana comparada con Antioquia, 1998-2014.



**Figura 2.** Tasa ajustada de la mortalidad por enfermedad del sistema circulatorio según sexo, área metropolitana, 1998-2014.

Al observar las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el periodo 1998-2014, se aprecia una importante ocurrencia de las EIC, donde fallecieron 40 441 personas, correspondientes al 51,3 % del total de las defunciones; del año 1998 al 2000,

esta causa tuvo una tendencia descendente, con una tasa de 62,16, mientras para el 2012, la tasa subió a 77,39, manteniéndose en un rango de tasa entre 70 y 80 aproximadamente, convirtiéndose en la primera causa de muerte para el área metropolitana (véase figura 3).



**Figura 3.** Tasa ajustada de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorias según causas, área metropolitana, 1998-2014. sc: sistema circulatorio.

La tasa ajustada por enfermedades del sistema circulatorio, según grupos de edad y sexo, fue superior en el masculino, frecuente en los adultos a partir de los 45 años, observándose que a mayor edad, mayor es la tasa por las enfermedades del sistema circulatorio. El grupo más representativo es el de 80 años y más, donde se presentaron tasas para el sexo masculino de 4118, y para el femenino, de 3702, con una diferencia de tasas del 11,2 % aproximadamente

**Municipios del área metropolitana**

Para los municipios, según los grupos de edad, la mayor mortalidad se presenta a partir de los 45 años, con una tasa ajustada promedio de 250 muertes por cada cien mil habitantes para ambos sexos, en el periodo de estudio. La Estrella y Caldas presentan las más altas tasas tanto para el sexo femenino como el masculino respectivamente.

Para La Estrella, el sexo femenino mostró la tasa más alta de todos los municipios, con 1752,3. Para los grupos de edad de 65 y más, la diferencia de tasas con el grupo de edad 45 a 65 fue de 1074,4 % para el sexo femenino.

Para Caldas, el sexo masculino presentó la tasa más alta de todos los municipios, con 1926,4, correspondiente al grupo de edad de 65 y más.

La razón de tasas de los grupos de 45 a 64 y 65 y más es de 8,13 veces mayor. Esto indica que la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, para los diez municipios que conforman el área metropolitana, se presenta a partir del grupo de 45 a 65 años. Con el paso del tiempo, el riesgo es más notorio, siendo 0,08 veces mayor el riesgo en el sexo masculino que en el femenino (véase figura 4).

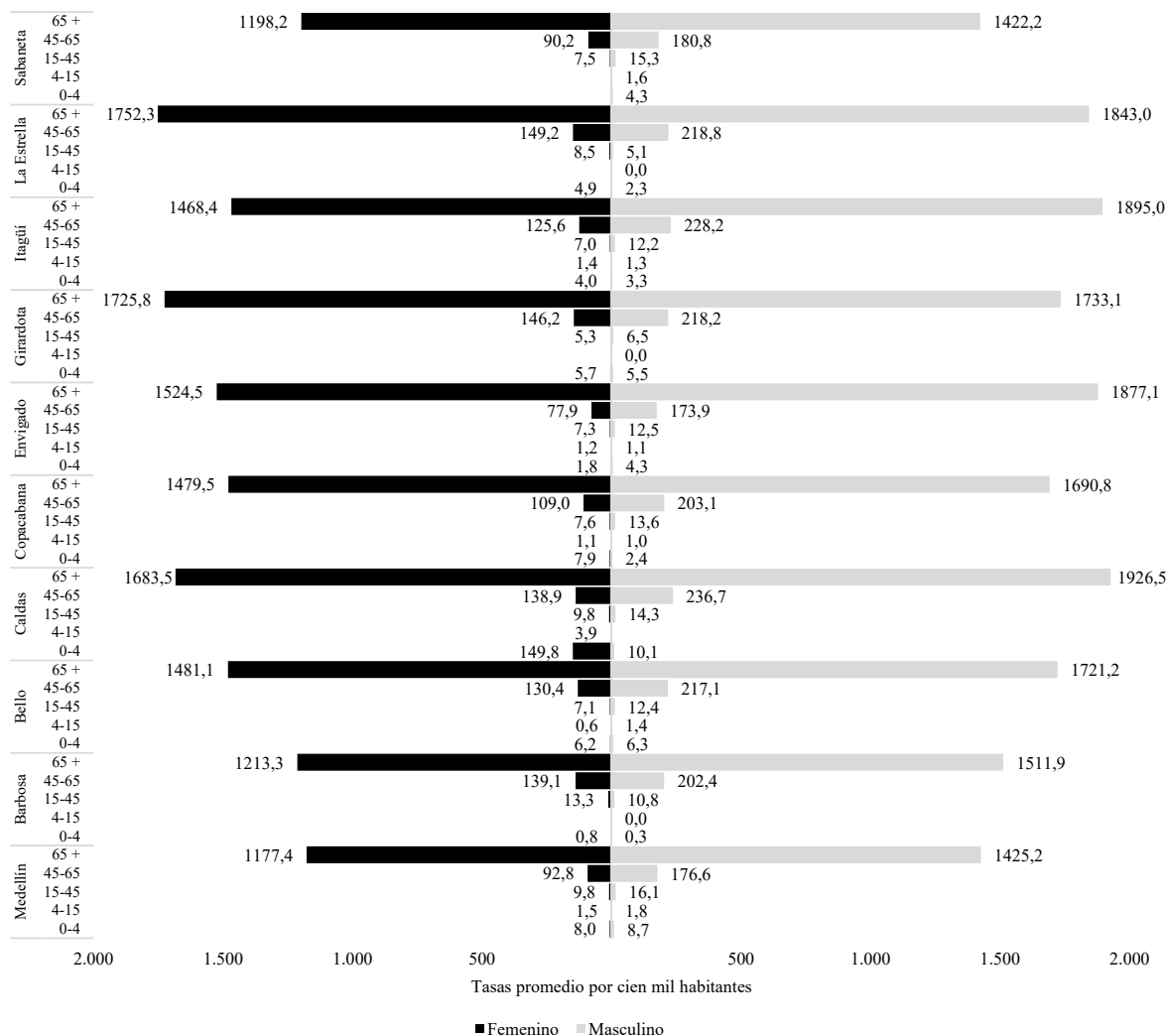


Figura 4. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ajustada por edad, según municipios discriminados por grupos de edad, área metropolitana, 1998-2014.

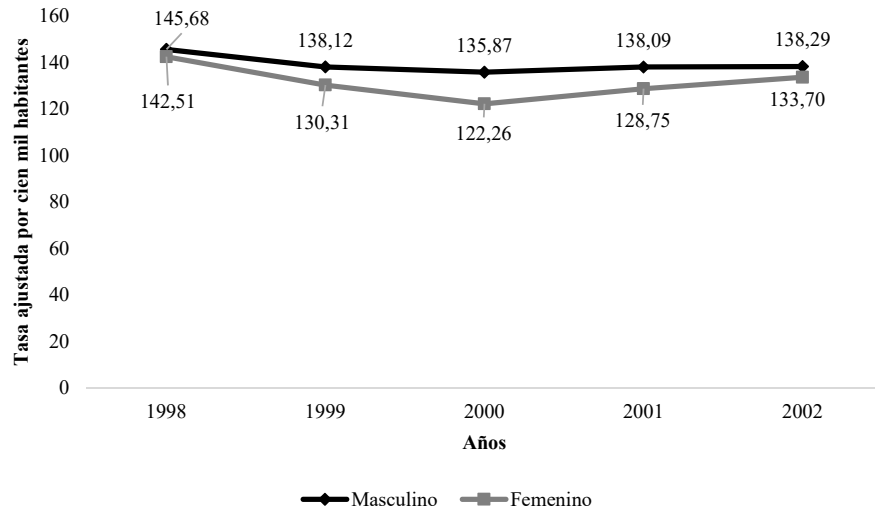
### Análisis comparativo de la mortalidad en dos períodos de tiempo

Con relación a la tendencia por sexo, los datos entre los años 1998-2002 y 2010-2014 mostraron que la población masculina tiene las tasas más altas de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio para ambos periodos; las tasas más bajas se presentaron para el año 2000, con 135,87 en el sexo masculino, y para el sexo femenino, con 122,25 muertes por cada cien mil habitantes.

Al analizar el segundo periodo de tiempo, las tasas más altas predominan en el sexo masculino, al igual que en el primer periodo. La tasa más alta para el sexo masculino fue de 149,03, correspondiente al año 2012,

mientras que para el sexo femenino fue de 138,54 dada en el año 2010. Las tasas más bajas para ambos sexos se presentaron para el año 2013, con 140,74 y 128,69, relacionadas al sexo masculino y femenino respectivamente.

Al comparar estos dos periodos, las tasas por ambos sexos son mayores en el segundo periodo. El sexo femenino tiende a mantenerse constante, con una variación de tasas entre 130 y 140, caso similar al sexo masculino, el cual tiende a mantener unas tasas por encima de los 140. Para el primer periodo, la diferencia de tasas entre ambos sexos no era tan significativa, pero para el segundo periodo, estas tasas presentaban diferencias de 7,4 % muertes más en el sexo masculino con respecto al sexo femenino (véase figura 5).

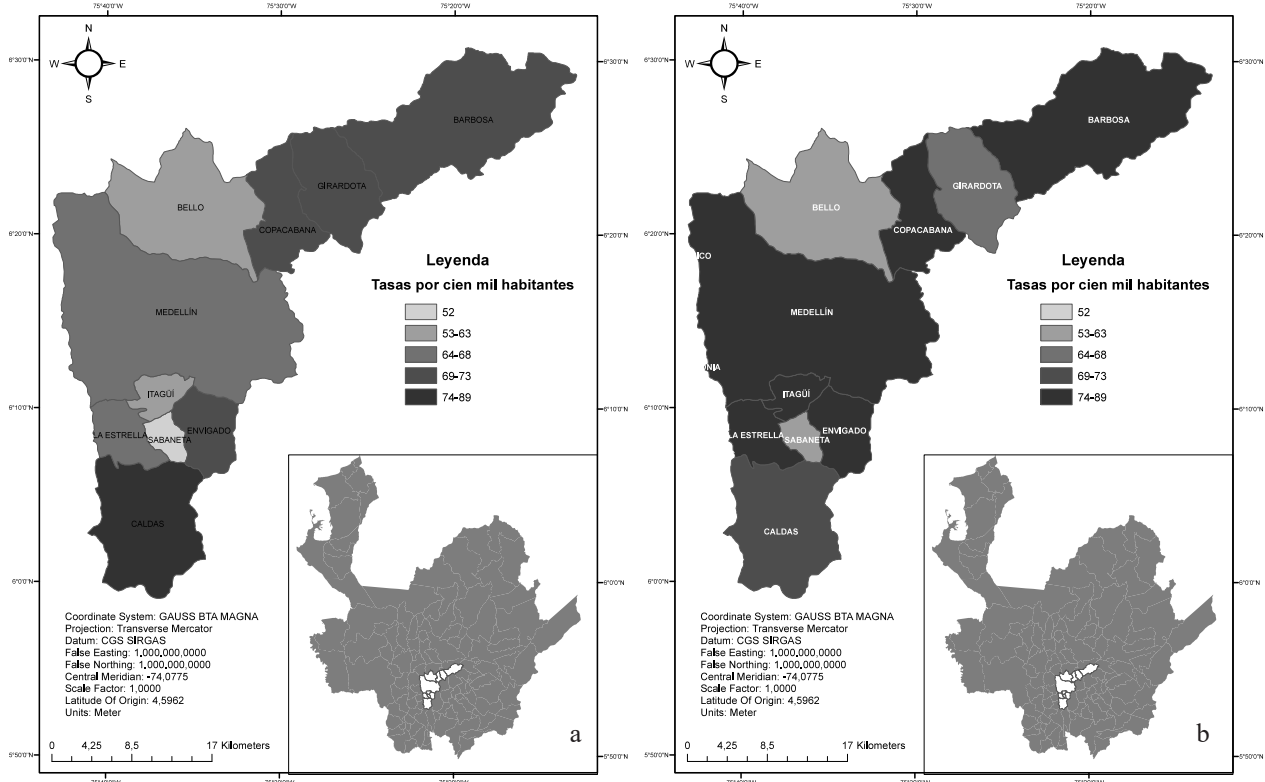


**Figura 5.** Comparación de las tasas ajustadas por edad de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, área metropolitana, a. 1998-2002, y b. 2010-2014.

**Georreferenciación de la mortalidad según municipio del área metropolitana**

Respecto a las tasas ajustadas promedio de la mortalidad por EIC, consideradas como la primera causa de muerte para el primer periodo 1998-2002, el municipio de Caldas presenta la tasa más alta, con 75,4, y la tasa más

baja fue de 25, para Sabaneta (véase figura 6a). Para el segundo periodo 2010-2014, las tasas más altas son las de Copacabana, Itagüí, Envigado, Barbosa, Medellín y La Estrella con 88,6, 81,4, 81,3, 76,6, 76,2 y 75,1 respectivamente; y la tasa más baja la presentó Bello, con 55,8 (véase figura 6b).



**Figura 6.** Comportamiento de la mortalidad por las enfermedades isquémicas del corazón del Área Metropolitana, Antioquia, en el periodo: a. 1998-2002, y b. 2010-2014.

## Discusión

En el área metropolitana y en Antioquia, en el periodo 1998-2014, la mortalidad por enfermedades circulatorias tiene un importante peso dentro de la mortalidad general (26,6 y 59,89 % respectivamente), como se ha observado en otros países de América Latina. En Brasil representaron el 20,6 % de todas las muertes por esta causa entre enero y octubre de 2012 [9]; en Costa Rica, desde 1970 a 2001 constituyeron el 33 % aproximadamente del total de defunciones [17]; en Uruguay, en el 2009 caracterizan el 30 %, lo cual las señala como primera causa de muerte [18].

Al comparar la mortalidad en el periodo de 1998-2014 según sexo, en este estudio se presentó una tasa para el masculino de 145,9, y para el femenino, de 135,3. En Costa Rica, durante el año 2011, representó para el masculino una tasa de 128 y el femenino 109 [7].

Estudiando la tendencia de mortalidad de enfermedades circulatorias en la ciudad de Olmsted County, Minnesota, en el periodo de 1979 a 2003, Alves *et al.* observaron que aunque la mortalidad ajustada por edad fue más elevada entre los varones, la diferencia en magnitud respecto a las mujeres disminuyó con el tiempo [19]. Para el área metropolitana, se encontró una tasa de 137,02 por esta causa; para el sexo masculino de 142,2 y para el sexo femenino, de 133,3 para el 2011. También este estudio en el área metropolitana se comparó con un estudio de Uruguay, y el análisis de defunciones del año 2009 presenta las tasas ajustadas en el sexo masculino mayores que las del femenino [18] y para Colombia, son la primera causa de mortalidad en hombres y en mujeres [20], lo que indica que los hombres mueren más por estas enfermedades [21].

Para el área metropolitana, la principal causa de muerte son las EIC, donde fallecieron 40 441 personas, correspondientes al 51,36 % del total de las defunciones, encontrando estudios con resultados similares. Para el año 2007, en Cuba, el 50 % de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio se debieron a EIC [4]. En Costa Rica, del total de muertes por enfermedades isquémicas, el 48 % corresponde a la EIC en el 2001 [17]. En México, en el año 2005, las enfermedades del corazón en conjunto son la primera causa de mortalidad general; cuando se desagrupan como causa única, la más prevalente de ellas es la cardiopatía isquémica [6]. En Colombia, la EIC se ha presentado como la principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en el 2006 [22]. Caso particular es el de Uruguay, donde son la segunda causa de muerte, con 2442 defunciones (tasa 73,01 por cada cien mil habitantes). Las demás patologías cardiovasculares muestran cifras menores de muerte [18].

La segunda causa de muerte para el área metropolitana es la enfermedad cerebrovascular, que

presentó la tasa más alta para el año 1998, de 35,5. Esta enfermedad representa el 23,9 % de total de las defunciones por esta causa. Para Brasil, representa el 31 % para el año 2010 [9]. En Colombia produjeron el 24,07 % (97 643) de las muertes, alcanzando tasas ajustadas por edad de 33,22; también han tendido al descenso, pasando de tasas ajustadas por edad de 41,57 a 34,50 muertes por cada cien mil hombres en el 2013 [20]. Para Uruguay, en el 2009 son la primera causa de muerte por enfermedades del sistema circulatorio, con 2867 defunciones y tasas de 85,71 por cada cien mil habitantes [18].

En el área metropolitana, el grupo de edad igual o mayores a 45 años comprendió el 95 % de las defunciones, en contraste con el resto de los grupos de edad. El grupo más representativo es el de 80 años y más, donde se presentaron tasas para el sexo masculino de 4118, y para el femenino, de 3702, con una diferencia de tasas del 11,2 % aproximadamente. En Costa Rica se observó, en los años 1970 a 2001, en personas de 75 años de edad o más, que las tasas de mortalidad aumentaron con la edad, independientemente del sexo, lo que puede explicarse, en parte, por su asociación con la enfermedad aterosclerótica y con los numerosos factores de riesgo vinculados con el envejecimiento [17].

Una limitación de este trabajo está relacionada con el uso de fuentes de información secundaria. Estos registros están afectados por problemas de cobertura, errores en el registro de los datos del certificado individual de defunción, errores en las fuentes, de contenido y errores sistemáticos que no se pueden controlar. Además, las dificultades que existen para clasificar adecuadamente las muertes. Sin embargo, se contó con la fortaleza y las técnicas propias del conocimiento analítico para unificar y ordenar las bases de datos requeridas en el estudio e interpretarlas, detallando cada uno de los hallazgos y resultados más importantes.

## Conclusiones

Se encontró que fallecieron 296 022 personas por diferentes causas de muertes en el periodo de tiempo estudiado (1998-2014), de las cuales el 26,6 % (78 734) correspondieron a muertes por enfermedad del sistema circulatorio, presentando un comportamiento ascendente.

Los hombres, la población adulta (45 a 80 y más años) y residentes en la cabecera municipal tuvieron las tasas más altas de las EIC. La tasa de mortalidad por estas enfermedades en el área metropolitana es mayor que las del departamento, y cada vez que aumenten los años, más alta es la diferencia, si no se interviene al respecto.

Las EIC presentan las tasas y defunciones más altas en relación con las demás causas de defunciones. A estas le siguen las enfermedades cerebrovasculares e

hipertensivas, identificándose como las tres primeras causas de muerte en la población de los municipios del área metropolitana en el período estudiado.

La mortalidad isquémica del corazón presentó las tasas más altas en el segundo periodo, manifestándose en los municipios de Copacabana, Itagüí, Envigado, Barbosa, Medellín y La Estrella, con 88,6, 81,4, 81,3, 76,6, 76,2 y 75,1 respectivamente, mientras que en el primer periodo solo se presentó en Caldas, con 89.

Los municipios de Bello y Barbosa presentaron las tasas ajustadas más altas para todo el periodo de estudio; la tasa más baja se encontró en el municipio de Envigado, donde este municipio, para el año 1998, reportó las tasas más altas y con el paso del tiempo han disminuido.

## Financiación

El trabajo no conto con fuentes de financiación.

## Conflicto de interés

Se deja constancia que durante la realización del presente estudio no existió conflicto de intereses de los autores ni de las entidades oficiales que generaron los datos, que pudieran haber afectado los resultados del mismo.

## Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de los autores y no de las instituciones en las que trabajan.

## Referencias

- Díaz J, Muñoz J, Sierra C. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. *Rev Salud Pública* [internet]. 2007 [citado 2017 feb. 18]; 9(1):64-75. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100008&script=sci_arttext&tlng=en).
- Organizacion Mundial de la Salud. ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? [internet]. 2012 [citado 2017 feb. 26]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/18/es/>.
- Organizacion Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [internet]; 2017 [citado 2017 feb. 23]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- Gallardo U, Seuc A, Chirino N, *et al.* Mortalidad por enfermedades vasculares periféricas en Cuba en el año 2005. *Rev. Cuba. Investig. Bioméd.* [internet]. 2008 [citado 2017 feb. 23]; 27(2):1-11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002008000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002008000200010).
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [internet]. 2014 [citado 2017 feb. 28]. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=172:enfermedades-cardiovasculares&catid=662:representacin-en-chile](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=172:enfermedades-cardiovasculares&catid=662:representacin-en-chile)
- Monroy Ó, Aldatz F, Francisco A, *et al.* Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. *Arch. Cardiol. Méx.* [internet]. 2007 [citado 2017 feb. 28]; 77(1):31-39. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402007000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000100005).
- Evans R, Pérez J, Bonilla R. Análisis de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Costa Rica entre los años 1920-2009. *Arch. Cardiol. Méx.* [internet]. 2016 [citado 2017 feb. 16]; 86(4):358-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acmx.2016.05.009>. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405994016300404>.
- Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas [internet]. 2010 [citado 2017 feb. 28]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=310&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es)
- Brunori E, Lopes C, Cavalcante M, *et al.* Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* [internet]. 2014 [citado 2017 feb. 28]; 22(4):538-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3389.2449>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292641/>
- Centro para el control y la prevalencia de enfermedades. Prevención de muertes por accidentes cerebrovasculares [internet]. 2015 [citado 2017 feb. 23]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/accidentes-cerebrovasculares/>
- Patiño F, Arango E, Quintero M, *et al.* Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. *Rev Salud Pública.* [internet]. 2011 [citado 2017 feb. 23]; 13(3):433-45. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-602886>
- Pizarro A. Georreferenciación en salud [internet]. 2004 [citado 2017 feb. 23]. Disponible en: <https://docplayer.es/54890282-Georreferenciacion-en-salud.html>
- Organizacion Panamericana de la Salud. Evaluación decenal de la iniciativa regional de datos básicos de salud. [internet]. 2004 [citado 2017 feb. 23]; 25(3):3-15. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/gov/ce/ce134-16-s.pdf>
- Organizacion Mundial de la Salud. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias [internet]. 2001 [citado 2017 feb. 24]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles\\_y\\_tendencias.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/perfiles_y_tendencias.pdf)
- Sistema de informacion geografica para la planeacion y el ordenamiento territorial [internet] s. f. [citado 2017 ene. 19]. Disponible en: <http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/default.aspx>
- Colombia.Ministerio de Salud. Resolución 008430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
- Roselló M, Guzmán S. Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo del miocardio en Costa Rica, 1970-2001. *Rev. Panam. Salud Pública* [internet]. 2004 [citado 2017 jun. 18]; 16(5):295-301. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n5/23665.pdf>
- Curto S, Prats O, Zelarayan M. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Uruguay, 2009. *Rev. Urug. Cardiol.* [internet]. 2011 [citado 2017 jun. 22]; 26:189-96. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-9887200700015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-9887200700015&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Alves S, Shigueki C, Martins I, *et al.* Mortalidade por doenças do aparelho circulatório no município de Ribeirão Preto - SP, de 1980 a 2004. *Arq. Bras. Cardiol.* [internet].



- 2009 [citado 2017 jun. 15,]; 93(6):619-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009005000002>. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2009001200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200013&lng=en)
20. Colombia, Ministerio de Salud. Analisis de la situación de Salud. Colombia 2013 [internet]. 2013 [citado 2017 feb. 15,]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS\\_24022014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_24022014.pdf)
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular. Washington: ops; 2007. [internet]. 2015 [citado 2017 feb. 16,]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=13815&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13815&Itemid=270)
22. Cardona D, Segura A, Berbesí D. Mortalidad y años de esperanza de vida perdidos en cinco zonas de Medellín, 2004-2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [internet]. 2011[citado 2017 feb. 15]; 29(2):189-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021450009.pdf>



# Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur global

Research on public health in Latin America. Reflections from the global South

As investigações de saúde pública na Latino américa. Reflexões desde o Sul global

Susana Ramírez-Hita<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Doctora en Antropología Social y Cultural, con especialidad en Antropología de la Medicina. Universidad Rovira i Virgili. España. susanaramirez@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3901-1247>

Recibido: 11/11/2017. Aprobado: 23/01/2019. Publicado: 24/02/2019

---

Ramírez-Hita S. Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur global. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):106-113. doi:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a15

---

## Resumen

Este artículo es un ensayo reflexivo sobre las investigaciones de salud pública en Latinoamérica, como resultado de la intervención del mercado en la forma de hacer investigación. En este sentido, los conflictos de interés global, generados por las empresas farmacéuticas, agroindustriales y extractivas, influyen en la homogeneización de las investigaciones que se realizan en el campo de la salud. De esta manera, la educación médica, los artículos científicos y el *marketing* sirven para insertar y estandarizar los formatos investigativos. Asimismo, los tratados de libre comercio aparecen como una de las

estrategias de la ideología global, que intervienen en el qué, el por qué y el cómo se investiga. Estas estrategias tienden a anular el pensamiento crítico, necesario para tratar aspectos ausentes en la mayoría de investigaciones de salud pública, como es la influencia de la contaminación ambiental en la salud humana, uno de los problemas más preocupantes en los pueblos latinoamericanos.

-----*Palabras clave:* Salud pública, investigación, mercadeo, industria farmacéutica, publicaciones científicas y técnicas, contaminantes ambientales, ética en la investigación.

## Abstract

This paper is a reflexive essay on public health research in Latin America, which is a result of the market's intervention in the manner in which research is conducted. In this regard, global conflicts of interest -caused by pharmaceutical, agroindustrial and extraction companies- influence the homogenization of the research conducted in the field of health. This is how medical education, scientific papers and marketing are useful for inserting and standardizing research formats. Likewise, free trade agreements appear as one of the strategies of the global

ideology influencing the object of research, the reasons behind it and how it is conducted. These strategies tend to nullify critical thinking, which is necessary for discussing aspects that are absent from most studies on public health. An example of this would be the influence of environmental pollution on human health, one of the most concerning issues for the Latin American population.

-----*Keywords:* public health, research, marketing, pharmaceutical industry, scientific and technical publications, environmental pollutants, research ethics

---

## Resumo

Este artigo é um ensaio cogitativo concernente com as investigações da saúde pública na Latino América, como resultante da intervenção do mercado no jeito de fazer investigação. Neste sentido, os conflitos de interesse globalizado, gerados pelos laboratórios farmacêuticos, agroindustriais e extrativos, influem na homogeneização das investigações que se realizam no campo da saúde. Desta maneira, a educação médica, os artigos científicos e o marketing servem para inserir e padronizar os miolos investigativos. Assim mesmo, os tratados de livre comércio

aparecem como uma das estratégias da ideologia globalizada, que intervém no quê, ou por quê e o como se investiga. Estas estratégias tendem a anular o pensamento da criticidade, quesito para tratar aspectos sumidos na maioria das pesquisas da saúde pública, como é a influência da poluição ambiental na saúde das pessoas, um dos atrapalhos mais preocupantes nos povos latino-americanos.

-----Palavras chave: Saúde pública, investigação, marketing, indústria farmacêutica, publicações científicas e técnicas, poluentes ambientais, ética na investigação.

## La homogeneización de la investigación

Este artículo es un ensayo reflexivo en torno a la influencia, cada vez mayor, del mercado en la forma de hacer investigación en salud pública, circunstancia que sitúa a las investigaciones como mercancías más que como necesidades sociales. Es a partir de las investigaciones antropológicas que he efectuado en diversos países de Latinoamérica sobre las condiciones de salud de distintas poblaciones [1-5] y mediante el uso de fuentes secundarias, desde donde planteo reflexionar sobre cómo se hace investigación en la salud pública y los retos que tenemos por delante.

Uno de los mayores desafíos al que nos enfrentamos los investigadores en la actualidad es el de lidiar con los conflictos de intereses que se suscitan no solo a nivel global, sino también local. Se trata de intereses económico-políticos, generados en buena parte por las grandes corporaciones vinculadas al campo de la salud, que a su vez están más fuertemente relacionadas con el agronegocio y el extractivismo (fundamentalmente extracción minera e hidrocarburífera). Estas corporaciones tienden a influenciar no solo parte de la agenda de investigación en el campo de la salud pública, sino además las investigaciones referidas a la seguridad alimentaria. Entre estas entidades se encuentran la Fundación Rockefeller, la Fundación Ford, la Fundación Bill & Melinda Gates, Bayer, Monsanto Company, etc. Para proteger sus intereses, estas organizaciones necesitan ciertas estrategias dirigidas a minimizar los hallazgos que destaquen consecuencias negativas para la salud, como es el caso de no informar debidamente a la población de la alta proporción de agrotóxicos y antibióticos introducidos en la cadena de producción alimentaria [6-10]; o que las vacunas multidosis, que se siguen administrando en ciertos países latinoamericanos, contienen timerosal, un preservante y antiséptico compuesto por un 49,6 % de etilmercurio (una forma de mercurio (Hg) orgánico). En numerosos estudios se asocia la toxicidad del timerosal

a enfermedades del neurodesarrollo infantil, como es el caso del autismo [11].

En septiembre de 2016, la multinacional Bayer anunció la fusión prevista con la compañía Monsanto, la cual estaba hasta 1997 centrada en la fabricación de productos agrícolas, farmacéuticos, de nutrición y químicos. Actualmente, Monsanto, tras sucesivas fusiones, se concentra en dos ejes fundamentales, “semillas y genómica”, que incluye semillas transgénicas y agrotóxicos —cuyo herbicida más cuestionado es el glifosato (demostrado por varios estudios su toxicidad para la salud humana, animal y ambiental [8])—, y el segmento de “Productividad agrícola” [12].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no es ajena a la influencia de estas compañías, ya que su financiación proviene, en su mayor parte, de entidades privadas, y uno de sus contribuyentes más generosos es la Fundación Bill & Melinda Gates, la cual, junto a la Fundación Rockefeller, introdujo las semillas transgénicas en África, mediante el proyecto Alianza por la Revolución Verde. Estas mismas organizaciones “filantrópicas” representan los intereses de grandes corporaciones transnacionales relacionadas con la producción y la comercialización de agrotóxicos, vacunas y todo tipo de productos farmacéuticos [6,9,10]. Lo destacable de esta concentración de poderes es el importante rol que desempeñan sus integrantes en la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, aprobada por Naciones Unidas [13]. Estas organizaciones no solo influyen las políticas gubernamentales, sino que también definen las agendas, las prioridades y los presupuestos en distintos campos, entre ellos, el investigativo [6].

Esta concentración supone que, en muchas ocasiones, los estudios que se efectúan en el campo de la salud pública den como resultado *investigaciones prediseñadas*, en las que se pretende que los resultados coincidan con los “hallazgos” previamente decididos. De esta forma se definen, por ejemplo, las vacunas obligatorias que un país debe suministrar a su población, o los fármacos que deben ser utilizados

para una enfermedad concreta, como el caso de los antirretrovirales para la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) [5,11].

Si bien este es un hecho que se da en todo el mundo, es en los países del Sur donde los investigadores tienen menos posibilidades de efectuar investigaciones alternativas al sistema impuesto por los organismos globales. Gran parte de la financiación de investigaciones en el campo de la salud pública, inclusive la que manejan las universidades (públicas y privadas), proviene en muchas ocasiones de industrias biotecnológicas, farmacéuticas, o de organismos como la OMS, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control, CDC) —del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA)—, etc. Numerosos estudios son efectuados mediante protocolos diseñados por estos organismos. Generalmente, estas entidades crean formatos preestablecidos que homogeneizan el proceso investigativo, desde el diseño, la recogida de los datos y el modo de analizarlos. Uno de los ejemplos lo encontramos en las investigaciones de salud pública que se vienen realizando sobre la problemática de VIH/sida en Latinoamérica, estudios cuya finalidad es contribuir con datos a los informes mundiales de ONUSIDA, entre otros organismos. De esta manera, se tiende a crear investigadores pasivos, sujetos a formatos preestablecidos, contruidos fuera de las fronteras latinoamericanas [5,14].

Según estos organismos, la respuesta ante cualquier enfermedad ha de ser global, y ello implica la homogeneización de los sujetos sociales y de los grupos socioculturales frente a cualquier patología, ya sea el sida, el cáncer o el Chagas. En el caso de los medicamentos, una vez realizados los ensayos clínicos, se estandarizan, ya que se asume que una patología afecta de la misma manera a sujetos de África, Asia o Latinoamérica. El tratamiento, por tanto, es el mismo y se formaliza en protocolos médicos. Esta circunstancia lleva no solo a la estandarización del tratamiento de una enfermedad, sino que supone también estandarizar el modo de hacer investigación sobre esa misma enfermedad.

## **Estrategias de homogeneización: educación, artículos científicos y *marketing***

Una de las estrategias del sistema político-económico dominante es la de conseguir que los países del Sur acepten las medidas diseñadas, con el menor cuestionamiento posible, de aquello que proviene del Norte. En los países latinoamericanos, los parámetros investigativos en el ámbito de la salud pública vienen generalmente predeterminados y así se aceptan, de la

misma manera que ocurre con los protocolos diseñados para el tratamiento de diversas patologías. Este es uno de los grandes problemas al que nos enfrentamos: la falta de espacio para el pensamiento crítico, que conduce a la subordinación de lo que llega del exterior, considerado en muchos casos como “más científico”.

Se otorga una excesiva credibilidad a los organismos globales, liderados supuestamente por criterios estrictamente científicos, pero que en muchas ocasiones están al servicio de la industria farmacéutica y la agroindustrial, en donde la objetividad científica queda solapada por los intereses económico-políticos e ideológicos, relacionados con una única forma de ver y entender el mundo, ligada, a su vez, a los criterios de mercado, con el objetivo primordial de aumentar las ganancias económicas y la concentración de poder.

Para que los protocolos contruidos por las grandes corporaciones que lideran la salud a nivel mundial se inserten en los gobiernos locales sin resistencias, han sido necesarias determinadas estrategias: 1) la educativa, 2) la correspondiente a los artículos científicos y 3) la del *marketing*.

1. Ya desde los años veinte del siglo pasado, la Fundación Rockefeller, en sus proyectos en Latinoamérica, se centraba en la educación médica como una de sus estrategias. De hecho, esta Fundación formó dieciocho escuelas de Medicina en catorce países. La influencia de Estados Unidos en América Latina se vio reforzada por un gran número de becas de estudio en Salud Pública y Medicina, ofrecidas por agencias estadounidenses públicas y privadas, que aseguraban la introducción del modelo médico hegemónico [15], a través de la formación de los médicos nativos, como relata el historiador Marcos Cueto [16-18].

Al mismo tiempo, es en los contextos locales, a través de las facultades de Medicina, donde se enseña a los alumnos a no cuestionar los criterios científicos, ni los protocolos médicos, ni tampoco las políticas de la OMS, Food and Drug Administration; CDC, etc. Por tanto, se estimula a los estudiantes a acatar sus decisiones sin cuestionarlas, solo por el hecho de que son calificadas como “científicas”.

2. Los artículos científicos son usados como estrategia de mercado por empresas biotecnológicas, farmacéuticas y agroindustriales. Una técnica, ya denunciada en la década de los noventa, “consiste en multiplicar artículos en revistas médicas y científicas europeas y norteamericanas donde se reproducen los resultados del mismo estudio pero presentándolos de modos diversos y por parte de autores diferentes” [19]. De esta forma, el laboratorio ofrece la impresión de que un número muy importante de casos y estudios confirman las ventajas de su medicamento. Asimismo, este tipo de estrategias también se usan

para reafirmar la validez de protocolos médicos e investigativos [19,20].

En abril de 2015, el editor de la revista *The Lancet* afirmaba que gran parte de la literatura científica es poco fiable: “Gran parte de la literatura científica, tal vez la mitad, puede ser simplemente falsa. Afligida por muestras pequeñas, efectos pequeños, análisis exploratorios inválidos y conflictos fragantes de interés, junto con una obsesión con perseguir las tendencias de moda de dudosa importancia, la ciencia ha dado un giro hacia la oscuridad” (Horton, editor jefe de *The Lancet*) [21].

3. Y la tercera estrategia se efectúa a través del *marketing*. “La mayor parte de los gastos de las compañías farmacéuticas son gastos de marketing que se disfrazan como gastos de investigación o de producción para poder encarecer así aún más los medicamentos” [22]. La industria incluye, en el apartado de investigación y desarrollo, los gastos que en realidad corresponden a la promoción del fármaco. Existe así, por tanto, como señala Pignarre, una pequeña “biología”, que se encarga del conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas que permiten poner a punto medicamentos, pero que se encuentra lejos de las ciencias biológicas académicas [19].

Estas tres estrategias, combinadas, se ofrecen en distintos espacios formativos, a través de conferencias, cursos, etc., e implican una penetración del modelo neoliberal, que prioriza las necesidades de las empresas farmacéuticas y agroindustriales antes que la salud humana, anteponiendo investigaciones de fármacos dirigidos a mantener la cronicidad de las enfermedades, en vez de dirigir las investigaciones hacia la cura [9]. Esta incorporación del sistema investigativo imperante en la actualidad se inserta a través de formas sutiles que ayudan a introducir los parámetros externos y globales sin resistencia.

Además, por medio de los tratados multilaterales de libre comercio, como el Trans-Pacific Partnership (TPP) y el Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP), se favorece los intereses de las grandes corporaciones transnacionales, por encima de cualquier regulación estatal que pretenda controlar precios o producir a menor costo. Si tenemos en cuenta que cerca del 60 % de las patentes farmacéuticas registradas pertenecen a empresas norteamericanas y que las compañías estadounidenses dominan el 50 % de los medicamentos más recetados [19], podemos observar que los tratados afectan no solo el acceso a los medicamentos, sobre todo en los países del Sur, sino que también influyen en la agenda de investigaciones a nivel global.

Esta situación beneficia los intereses económicos de las transnacionales y repercute en las necesidades de salud de las poblaciones. De manera que las enfermedades más características de los países del Sur seguirán siendo las que no tendrán, como hasta el momento, la atención suficiente en las investigaciones. Esto implica, además, que se sigan reproduciendo protocolos prediseñados de investigación, que llevan a anular el pensamiento crítico y a convertir a los investigadores en meros técnicos al servicio de la ideología global, ya sea en el campo de la biología, la medicina, la farmacología o los estudios de salud de ciencias sociales.

## Los campos de investigación estandarizada

Las áreas investigativas más frecuentes en la salud pública en el contexto latinoamericano pueden ser agrupadas en los apartados siguientes: 1) estudios epidemiológicos, que en general son efectuados a través de metodología cuantitativa, siendo estas las investigaciones más habituales; 2) estudios enfocados a los ensayos clínicos, liderados por las distintas compañías farmacéuticas, y 3) los estudios cualitativos de salud pública, realizados con metodología cualitativa, cuya línea de trabajo usualmente se enmarca en las investigaciones de procedimiento de asesoría o evaluación rápida (*Rapid Assessment Procedures*, RAP), una línea de trabajo que concluye en producciones rápidas, bajo investigaciones prediseñadas comúnmente en el Norte para ser ejecutadas en el Sur.

1. En el caso de los *estudios epidemiológicos*, los más usuales son aquellos que se enmarcan en la epidemiología clásica, efectuada a través de metodología cuantitativa y regida por parámetros investigativos globales. Dentro de la salud pública existe una tendencia a observar y analizar los problemas de salud a partir de su cuantificación, sin prestar suficiente atención a lo que hay detrás de los números y de las estadísticas. Se parte de una identificación ilusoria entre numérico/porcentual y científico [5].

Sin embargo, en la década de los setenta del siglo xx, surgió en América Latina una corriente de pensamiento crítico, que cuestionaba la forma de hacer investigación desde la epidemiología clásica y proponía tener en cuenta la determinación social en los problemas de salud de las poblaciones y considerar las inequidades en salud como evitables e injustas [23]. Este movimiento comenzó en Brasil y ha continuado en otros países latinoamericanos,

\* Traducción propia del original: “The case against science is straightforward: much of the scientific literature, perhaps half, may simply be untrue. Afflicted by studies with small sample sizes, tiny effects, invalid exploratory analyses, and flagrant conflicts of interest, together with an obsession for pursuing fashionable trends of dubious importance, science has taken a turn towards darkness”.

liderado por la medicina social y la salud colectiva, que reivindica una epidemiología crítica, vinculada a la realidad social y no a patologías aisladas de las situaciones sociales en las que se desarrollan. Además, en sus investigaciones, propone una metodología mixta y reivindica la construcción colectiva de pensamiento y de acción no solo de sociedades más sanas, sino más justas [24].

En la actualidad, existen grupos de investigación en Latinoamérica que trabajan en esta línea y que incorporan la economía política como aspecto central en sus investigaciones, enfocando la problemática ambiental como uno de los factores más preocupante que afecta la salud humana. Estos estudios evidencian los efectos negativos de los agrotóxicos en la población, ya que tienen la capacidad de dispersarse en el ambiente y acumularse en el organismo humano [25].

Los problemas más alarmantes de salud en los países del Sur están sin duda relacionados con la contaminación ambiental. “El ambiente no es una realidad natural externa al sujeto, sino una construcción humana en permanentes relaciones en transformación”. Más que “exposición a riesgos externos. Los sujetos sufren procesos de ‘imposición’ de condiciones de vida” [26].

En Latinoamérica, la contaminación de los ríos, de la tierra, del aire, está principalmente generada por la extracción minera y los continuos derrames de petróleo, que forman parte de las noticias cotidianas. Solo en el año 2016 fueron denunciados diez derrames de petróleo en distintos territorios de la Amazonía peruana. En este país, el cáncer aparece como la principal causa de muerte y se mantiene en constante aumento. En el año 2014, el número de defunciones causadas por esta enfermedad [27] ascendió a 19 360, representando el 20 % del total de fallecimientos y coincidiendo la mayor preponderancia en los departamentos de la sierra y la selva, con zonas de extracción de minerales y petróleo [28].

2. En cuanto a los *estudios referidos a los ensayos clínicos*, los fármacos tienen una larga historia, relativa no solo a los beneficios asociados, sino también a los perjuicios para la salud. En Francia, una investigación alertaba que 1 300 000 personas son hospitalizadas en el sector público a causa de los efectos indeseables ocasionados por algún fármaco y se estiman 18 000 muertes al año por esa causa. Según la OMS, se trata de la cuarta a la sexta causa de mortalidad según los países [5,19,20].

Existen numerosos ejemplos sobre el efecto negativo de los fármacos y el abuso de empresas farmacéuticas, centros de investigación y universidades, que han efectuado ensayos clínicos con el fin de analizar

la evolución de alguna enfermedad o conseguir la patente de un fármaco con fines comerciales [5,19, 22]. Uno de los casos más conocidos fue el estudio de sífilis Tuskegee, a través del cual se realizaron experimentos con población negra, reclutando 400 enfermos de sífilis y 200 individuos sanos, manteniéndolos sin tratamiento para ver la evolución de la enfermedad. El mismo Servicio de Salud Pública de Estados Unidos experimentó, en los años cuarenta, en Guatemala, inyectando sífilis y gonorrea para probar la efectividad de ciertos fármacos. En el estudio Vanderbilt, llevado a cabo por una universidad norteamericana, hacían ingerir hierro radiactivo a mujeres embarazadas para estudiar la absorción en el organismo, o el caso alemán del tranquilizante talidomina, que salió al mercado en 1957 y se estima que 12 000 niños nacieron con malformaciones, debido a que sus madres lo consumieron. En la década de los noventa destacan las investigaciones que se efectuaron en África con el medicamento Zidovudina (AZT): a través de 16 estudios se llevaron a cabo ensayos con 17 000 mujeres seropositivas, a pesar de conocer la alta toxicidad del fármaco [9,19,22,29,30].

Cada vez más, los ensayos clínicos se ejecutan a escala mundial, y a lo largo de la última década se ha incrementado en Latinoamérica el número de pacientes que se incorporan a los ensayos clínicos con medicamentos, en todas sus fases [31]. Sin embargo, los ensayos no están dirigidos a las enfermedades más preocupantes de los países periféricos. Entre 1974 y 2004, solo diez de 1556 drogas registradas por empresas farmacéuticas se dirigían a las enfermedades de los países más pobres [32].

En Perú, de 1995 a 2012, se presentaron 1475 protocolos de ensayos clínicos, y el 87,2 % de los realizados fueron patrocinados por la industria farmacéutica transnacional. Solo el 1,2 % corresponde a enfermedades tropicales desatendidas, observándose el abandono de campos de investigación que son prioritarios en el país [31].

3. En cuanto a los *estudios cualitativos o de metodología mixta*, nos encontramos ante el hecho de que una de las pretensiones de la ideología globalizadora es la de ocupar a los investigadores en producciones rápidas. Las consultorías (estudios que se efectúan en periodos cortos de tiempo, dirigidos comúnmente hacia los resultados que el financiador quiere obtener) son parte de una estrategia para estancar el pensamiento crítico, desalentar el debate y fragmentar el conocimiento, en torno a las causas reales de los problemas de salud en Latinoamérica [3,4,14,33,34]. Muchos de los estudios cualitativos efectuados a partir de los RAP reducen la metodología cualitativa a una sumatoria de técnicas exprés y desvirtúan epistemológicamente este tipo de

metodología, que necesita no solo un largo período de tiempo para ser efectuada adecuadamente, sino que, además, no se basa exclusivamente en el análisis del discurso de los informantes, descontextualizado de su lugar de origen [34].

La metodología cualitativa se debería caracterizar por la profundidad del dato, por la ética investigativa en la relación entre investigador e investigado, y por un largo proceso de diálogo entre la teoría y la realidad que se observa. Dentro de esta metodología, el método más adecuado para articular la vida cotidiana de las poblaciones y sus problemas de salud con los aspectos macrosociales es, sin duda, el método etnográfico, característico de la antropología. Este método ha sido ridiculizado por los RAP, que proponen como estrategia investigativa la llamada “etnografía rápida”, que consiste en utilizar la técnica de observación en un corto período de tiempo, alejándose de la esencia epistemológica que define el método etnográfico, basado en la calidad y la profundidad del dato, improbable de obtener en períodos cortos [3,34].

Por ejemplo, un gran número de investigaciones sobre sida en América Latina se gestó con base en un manual que elaboró Family Health International en el año 2000, titulado “Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH, USAID, DFID, FHI” [35]. El objetivo de los estudios, basados en este manual, era crear sistemas confiables de vigilancia y poder responder así a los requisitos internacionales [14] (para más detalle, véase [5]).

Como señalo en [5],

Con posterioridad a esta guía, en el año 2009, † apareció un documento con *las Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos*, realizado por ONUSIDA y donde se daban a conocer los indicadores básicos para medir la eficacia a la respuesta del VIH y sida. Este manual ofrecía instrucciones para preparar los informes regionales que, posteriormente, se incorporan a los informes mundiales sobre los progresos realizados en la aplicación de la Declaración del compromiso sobre VIH/sida de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS).

La recomendación de los organismos globales a través de los manuales era que se hicieran estudios cualitativos a poblaciones clave. En el caso de Bolivia, casi todos los estudios se hicieron en colectivos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en grupos gays, bisexuales, transgénero (GBT) y trabajadoras sexuales, los que *a priori* se

decidió que concentraban la epidemia. Cuando ya habían transcurrido casi 30 años desde que se diagnosticaron los primeros casos en Bolivia, se seguía mencionando en las investigaciones e informes oficiales que el riesgo se concentraba en la población GBT, en las trabajadoras sexuales y HSH, ya que la mayoría de investigaciones fueron realizadas en exclusividad en estos colectivos, mientras que no se incluía en los estudios a la población general, por la misma recomendación de los organismos de sida a nivel mundial. De este modo, las investigaciones y las intervenciones de salud pública iban dirigidas en particular a estos colectivos [5,14].

Sin embargo, el VIH/sida en Bolivia se encuentra en la población general; de hecho, los escasos estudios alternativos que escapaban a los diseños globales predeterminados evidenciaban que la epidemia no estaba concentrada en los grupos específicos [14,33,37,38].

Esta estrategia no solo repercutía en una estigmatización de estos grupos, sino que implicaba que no se tomaran las medidas oportunas, tanto en el caso del control de la epidemia, como en el de los fármacos asociados a esta patología, o en el de las investigaciones sobre la misma. Los formatos investigativos globales para el caso del sida intentaban parcializar la información y dirigir las investigaciones hacia los mismos colectivos y causas. Las preguntas de investigación eran siempre las mismas, por lo que los resultados no variaban a lo largo del tiempo [5].

## A modo de conclusión

La mayoría de investigaciones están supeditadas a una sola forma de ver y entender el mundo. Esta forma está asociada a una ideología determinada, marcada por la decisiva expansión del capitalismo, que propone una salud subyugada al neoliberalismo, como señala la politóloga Christina Ewig [39]. Los investigadores que hacemos parte de la periferia global estamos sin duda en desventaja a la hora de efectuar investigaciones alternativas. Sin embargo, la dependencia tanto financiera como científica, no impide cuestionar ciertos elementos importantes que necesitamos discutir, para así poder romper con parámetros establecidos que no ayudan a responder las necesidades de salud de las poblaciones locales [40].

Existe una necesidad de cambiar el modelo investigativo y, a su vez, de colocar el aspecto ético como cuestión central en las investigaciones. No se suele buscar como objetivo final al paciente o la

† Véase [36].

mejora de la salud de las poblaciones, sino que, en muchos casos, los investigadores se dirigen a patentar productos y a acumular publicaciones, dado que los equipos de investigación son evaluados de acuerdo con estos parámetros. Estas condiciones incitan a muchos investigadores a centrarse, desde una perspectiva estrictamente individual, en sus intereses personales, con la consecuente fragmentación, cada vez mayor, de los equipos de investigación. Las nuevas políticas educativas globales, surgidas del Plan Bolonia [véanse 41,42], pese a que están siendo replicadas por algunos países de Latinoamérica, contribuyen a reforzar esta situación.

Los investigadores deberíamos valorar que no existe una única opción investigativa, sino que caben más opciones, y que tenemos la capacidad de pensarlas, de crearlas y de transformar las ya existentes. Es necesaria la producción colectiva, multidisciplinaria, con pensamiento crítico, y que esta surja desde los equipos de investigación. Deberíamos propiciar la creación de nuevas variables y categorías, que relacionen los problemas de salud con la cada vez mayor contaminación ambiental, a la que estamos todos expuestos, la que proviene del extractivismo, pero también de la contaminación alimentaria relacionada con el agronegocio. Y ser conscientes de que los tratados de libre comercio acentúan su incidencia. Necesitamos romper estructuras de pensamiento que ayuden a modificar la base ideológica que impregna de manera tan extensiva la investigación actual.

Sería conveniente crear una estructura universitaria que actúe como observatorio de los efectos de los medicamentos, como apunta Pignarre para el control de los fármacos [19], y que, además, sirva como observatorio de los efectos de la exposición humana, animal y ambiental a los agrotóxicos, de las consecuencias de la contaminación de la tierra, el agua y el aire, y su repercusión en el creciente índice de cáncer y de numerosas patologías asociadas en Latinoamérica. Necesitamos, por tanto, investigaciones que evidencien la influencia de la contaminación ambiental en el deterioro de la salud humana.

Son muchos los retos que tenemos por delante y, para concretarlos, necesitamos, como decía Hugo Zemelman, investigadores con conciencia y voluntad [43], para así poder transformar las actuales condiciones de salud de los pueblos del Sur.

## Agradecimientos

Quiero agradecer la lectura y los comentarios del Dr. Óscar Lanza, Nazaret Rodríguez, Daniel Rojas, Constanza Forteza, Ellen Whelan y Juan Fernando

Saldarriaga Restrepo, quienes generosamente ayudaron a enriquecer este artículo.

## Financiación

Medical Anthropology Research Center. Universidad Rovira i Virgili (URV).

## Conflicto de interés

La autora no tiene conflictos de interés.

## Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de la autora y no de la institución en la que trabaja o de la fuente de financiación.

## Referencias

1. Ramírez-Hita S. Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí. La Paz: Cooperazione Italiana; 2005 [2.ª ed.: 2010].
2. Ramírez-Hita S. Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en población quechua y aymara del altiplano boliviano. La Paz: OPS/OMS; 2009 [2.ª ed.: 2010].
3. Ramírez-Hita S. Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; 2011.
4. Ramírez-Hita S. Salud globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4061-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09372014>
5. Ramírez-Hita S. Cuando la enfermedad se silencia: sida y toxicidad en el oriente boliviano. Tarragona: URV; 2016.
6. Martens J, Seitz K. Philanthropic power and development. Who shapes the agenda? Germany: Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR [internet]; 2015 [citado 2017 oct. 28]. Disponible en: [https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic\\_Power\\_online.pdf](https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic_Power_online.pdf)
7. Fundación Heinrich Böll. Atlas de la carne. Hechos y cifras sobre los animales que comemos [internet]; 2014 [citado 2017 oct. 30]. Disponible en: <https://mx.boell.org/es/atlas-de-la-carne>
8. Burtscher-Schaden H, Clausing P, Robinson C. Glyphosate and cancer: Buying science. Vienna, Austria: GLOBAL 2000 [internet]; 2017 [citado 2017 oct. 28]. Disponible en: [https://www.global2000.at/sites/global/files/Glyphosate\\_and\\_cancer\\_Buying\\_science\\_EN\\_0.pdf](https://www.global2000.at/sites/global/files/Glyphosate_and_cancer_Buying_science_EN_0.pdf)
9. Robin MM. Nuestro veneno cotidiano. La responsabilidad de la industria química en la epidemia de las enfermedades crónicas. Barcelona: Península; 2012.
10. Druker SM. Genes alterados, verdad adulterada. Cómo la empresa de los alimentos modificados genéticamente ha trastocado la ciencia, corrompido a los gobiernos y engañado a la población. Barcelona: Icaria; 2018.
11. Maya L, Luna F. El timerosal y las enfermedades del neurodesarrollo infantil. *An. Fac. Med.* 206;67(3):243-62.



12. Babnik L. Perfil corporativo de Monsanto [internet]. 2009. [citado 2017 oct. 30]. Disponible en: [http://www.rapaluru.org/transgenicos/Prensa/perfil\\_monsanto.pdf](http://www.rapaluru.org/transgenicos/Prensa/perfil_monsanto.pdf)
13. Naciones Unidas, CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe [internet]; 2016 [citado 2016 oct. 2]. Disponible en <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
14. Ramírez-Hita S. Problemas metodológicos en las investigaciones sobre VIH/sida en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2013 [citado 2016 oct. 2]; 18(5):1321-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500017>.
15. Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva* [internet]; 8(1):185-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
16. Cueto M. *Missionaries of Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press; 1994.
17. Cueto M. Los ciclos de la erradicación de la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1018-1940. En: Cueto M, editor. *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Perú: Instituto de Estudios Peruanos, Organización Panamericana de la Salud; 1996.
18. Cueto M. *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
19. Pignarre P. *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2005.
20. Laboux N. *La Notion de médicament*. Villeneuve-d'Ascq: Presses Universitaires de Septentrion; 2002.
21. Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? *Lancet* [internet]; 2015; [citado 2016 nov. 27]. 385(9976):1380. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60696-1).
22. Forcades T. Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. *Barcelona: Cuadernos 141*; 2006.
23. Borde E, Hernández M, De Souza M F. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde Debate*. 2015;39(106): 841-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.
24. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R., compiladores. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011. pp. 169-192.
25. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Parte I Agrotóxicos, Segurança alimentar e Saúde. Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências da ABRASCO. Comissão Executiva do Dossiê. Rio de Janeiro, World Nutrition; 2012.
26. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
27. Ministerio de Salud Perú (Minsa). 10 primeras causas de mortalidad. Estadística mortalidad. Perú, Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Perú año 2014. [internet]; 2014 [citado 2016 oct. 2]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
28. Perú, Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Lima: Ministerio de Salud [internet]; 2013 [citado 2017 nov. 1]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
29. Lachenal G. *Le médicament qui devait sauver L'Afrique: un scandale pharmaceutique aux colonies*. Paris: La Découverte; 2014.
30. Sanz EJ. Ética de la investigación. Funciones y actividad de los comités de ética de investigación clínica. OMC, Fundación Ortega Marañón [internet]; s. f. [citado 2017 ene. 16]. Disponible en: [https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto\\_Etica\\_Medica/U10\\_Etica%20Investigacion%20y%20CEIC.pdf](https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U10_Etica%20Investigacion%20y%20CEIC.pdf)
31. Minaya G, Fuentes D, Obregón C, Ayala-Quintanilla B, Yagui M. Características de los ensayos clínicos autorizados en el Perú, 1995-2012. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica*. 2012;29(4):431-6.
32. Chirac P, Torreale E. Global framework on essential health R&D. *Lancet*. 2006;367(9522):1560-1. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68672-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68672-8).
33. Ramírez-Hita S. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. *Acta Bioethica*. 2011;17(1):61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100008>.
34. Ramírez-Hita S. Los usos y desusos del método etnográfico: las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En: Romani O, editor. *Etnografías, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV, Colección Antropología Médica; 2013. pp. 43-63.
35. Family Health International. [internet]; 2000 [citado 2016 oct. 2]. Disponible en [http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/res\\_bssspanish.htm](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/res_bssspanish.htm)
36. ONUSIDA. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre VIH/sida. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Ginebra; 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61676-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61676-8).
37. Valdez E. *El sida en el reino de la impunidad*. Cochabamba: CAFOD; 2006.
38. Bustillos E. 2009. Impacto económico de la enfermedad y muerte por VIH/sida en Bolivia. Modalidad de Titulación. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Ciencias Económicas y Financieras. Carrera de Economía. (Inédito).
39. Ewig C. *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: IEP; 2012.
40. Ramírez-Hita S. ¿Es posible una antropología médica emancipadora? Reflexiones desde el contexto Regional. *Avá* [internet]; 2017 [citado 2019 ene. 18]; (31):185-196. Disponible en: <http://www.ava.unam.edu.ar/images/31/n31a09.pdf>
41. Informe Tunig - European Commission. *Tunig Educational Structures in Europe*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
42. Ramírez-Hita S. Trabajo de campo en la antropología contemporánea: mercancía y globalización en América Latina. En: Tocopilla J, compilador. *Antropologías en América Latina. Prácticas, alcances y retos*. Universidad del Cauca; 2017. pp 175-86.
43. Zemelman H. *Uso crítico de la teoría. Entorno a las funciones analíticas de la totalidad*. México: Instituto Politécnico Nacional; 2009.



## Sobre la portada



"Héctor Abad Gómez (primero a la izquierda) y el doctor Richard Saunders (segundo de derecha a izquierda) recorriendo los barrios de Medellín con el programa Futuro para la Niñez, 1963"

## Sobre la portada

Título: *Sin título*

Autor: *Desconocido*

Fuente: *Archivo fotográfico Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez*

Técnica: *Fotografía.*

## Sobre la fotografía

*Con el sociólogo y educador estadounidense Richard Saunders, Héctor Abad Gómez recorría los barrios más pobres de Medellín. El doctor Saunders fundó en 1960 Futures for Children en Washington y con el apoyo de Héctor Abad –que fue el primer presidente de la organización– y de otras personas, crearon en Medellín, en 1969, Futuro para la niñez –organización hermana de Futures for Children–. Con este programa, diseñaron y pusieron en práctica la experiencia que se había tenido con esa organización en otros países de África y Latinoamérica. Trabajaban con una metodología de desarrollo comunitario por el bienestar de la niñez, promovían la participación de las personas en la solución de sus propias problemáticas, para esto, el maestro Abad recorría los barrios pobres de Medellín los fines de semana educando a campesinos y habitantes de estos barrios para que, a través del trabajo comunitario, pudieran mejorar sus condiciones de vida, aprendieran a construir letrinas, enseñaba a las personas a conseguir agua potable para que los niños no murieran de diarrea y desnutrición. Con Futuro para la niñez, también enseñaban a construir tanques de agua, llevar tuberías hasta las casas y alcantarillado; hacían campañas de vacunación, clases de higiene y primeros auxilios en los hogares con algunas mujeres de los territorios, esto es lo que luego Héctor Abad Gómez extendió a toda Colombia, con el nombre de Promotoras de Salud.*

*Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez*