



INVESTIGACIÓN EN SALUD COLECTIVA ENTRE CIENCIAS SOCIALES Y CIENCIAS DE LA SALUD

María Carolina Morales Borrero, Lorena Maldonado Maldonado
Editoras



INVESTIGACIÓN EN SALUD COLECTIVA

*Entre ciencias sociales y
ciencias de la salud*

*Facultad de Odontología
Facultad de Medicina
Sede Bogotá*



« Salud Pública y Nutrición Humana »

INVESTIGACIÓN EN SALUD COLECTIVA

*Entre ciencias sociales y
ciencias de la salud*

*María Carolina Morales Borrero
Lorena Alexandra Maldonado Maldonado
Editoras*

Marzo de 2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Investigación en salud colectiva : entre ciencias sociales y ciencias de la salud /

María Carolina Morales Borrero Lorena Alexandra Maldonado Maldonado, editoras. -- Primera edición. -- Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología, Facultad de Medicina, 2018
1 CD-ROM (122 páginas) : ilustraciones a color, diagramas, fotografías. -- (Salud pública y nutrición humana)

Incluye referencias bibliográficas al final de cada capítulo.
ISBN 978-958-783-377-5 (e-book)

1. Salud pública 2. Encuestas y cuestionarios 3. Investigación en servicios de salud 4. Política de Salud
5. Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC) 6. América Latina 8. Colombia I. Morales Borrero, María Carolina, 1964-, editor II. Maldonado Maldonado, Lorena Alexandra, 1988-, editor III. Serie

CDD-23 362.1098 / 2018

Investigación en salud colectiva: entre ciencias sociales y ciencias de la salud.

© Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Odontología

© Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina

© María Carolina Morales Borrero, editora, 2018

© Lorena Alexandra Maldonado Maldonado, editora, 2018

© Varios autores

Primera edición, marzo de 2018

ISBN: 978-958-783-377-5 (e-book)

Facultad de Medicina

Decano

Vicedecano de Investigación y Extensión

Vicedecano Académico

Coordinadora Centro Editorial

Ariel Iván Ruiz Parra

Fernando Pío De La Hoz Restrepo

Juan Manuel Arteaga Díaz

Angela Manuela Balcázar Muñoz

Facultad de Odontología

Decano

Vicedecano de Investigación y Extensión

Dairo Javier Marín Zuluaga

Jose Manuel González Carreño

Preparación editorial

Centro Editorial Facultad de Medicina

upublic_fmbog@unal.edu.co

Diagramación y diseño de carátula

Said Cantor Gutiérrez

Corrección de estilo y ortotipográfica

Simón Balsero Delgado

Imagen de carátula

www.freepik.es

Colección

Salud Pública

Hecho en Bogotá, D. C., Colombia, 2018

Todas las imágenes de esta obra forman parte del archivo del Seminario de Investigación en Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Colombia salvo cuando se indique lo contrario.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Los conceptos emitidos son responsabilidad de los autores y no comprometen el criterio del Centro Editorial ni de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

AUTORES

María Carolina Morales Borrero

Doctora en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Administración de la Salud - Pontificia Universidad Javeriana. Odontóloga - Universidad Nacional de Colombia. Profesora titular del Departamento de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Colombia. Profesora invitada de la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco y de la Universidad Complutense de Madrid. Coordinadora del Grupo de Investigación en Salud Colectiva (GISC) y de la Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC). Miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).

Lorena Alexandra Maldonado Maldonado

Magíster en Salud Pública y odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia. Integrante del GISC y del Semillero de Investigación en Salud Colectiva.

Edson Jair Ospina Lozano

Doctor en Antropología Social - Escuela Nacional de Antropología e Historia de México. Magíster en Medicina Social - Universidad Autónoma Metropolitana. Especialista en Salud Familiar - Universidad Nacional de Colombia. Odontólogo - Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado del Departamento de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Colombia. Miembro del GISC, de la RCSC y de la Alames.

Carol Cristina Guarnizo Herreño

Doctora en Salud Pública - University College of London. Magíster en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia. Odontóloga - Universidad Nacional de Colombia. Profesora asociada del Departamento de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Colombia. Miembro del GISC y del Grupo de Investigación de Equidad en Salud - Universidad Nacional de Colombia.

Rafael Antonio Malagón Oviedo

Doctor en Salud Pública - Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca, Fundación Oswaldo Cruz. Maestro en Educación - Universidad Pedagógica Nacional. Odontólogo - Universidad Nacional de Colombia. Profesor asociado del Departamento de Salud Colectiva - Universidad Nacional de Colombia. Miembro del GISC y del Grupo de Investigación en Economía, Políticas Públicas y Ciudadanía - Universidad Nacional de Colombia.

María Alejandra Forero Peña

Odontóloga - Universidad Nacional de Colombia. Miembro del GISC y del Semillero de Investigación en Salud Colectiva.

Maira Alejandra Piragauta Ruiz

Odontóloga - Universidad Nacional de Colombia. Miembro del GISC y del Semillero de Investigación en Salud Colectiva. Pasante invitada por el Ministerio de Salud de Brasil - Programa Brasil Sonriente.

Brayan Alejandro Wilches Niño

Estudiante de Odontología - Universidad Nacional de Colombia. Miembro del GISC y del Semillero de Investigación en Salud Colectiva.

CONTENIDO

Presentación	11
Prólogo	15
Introducción	19
PARTE 1. CAPACIDADES INDIVIDUALES DE INVESTIGACIÓN	25
Capítulo 1. Procesos políticos, medicina tradicional y epidemiología en el pueblo nasa	27
Capítulo 2. Regímenes políticos e inequidades en salud oral. Una comparación entre países	41
Capítulo 3. Embarazo adolescente en condiciones de vulnerabilidad y cambio social	59
Capítulo 4. Análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva de Colombia, 1992-2006	71
PARTE 2. CAPACIDADES GRUPALES DE INVESTIGACIÓN	83
Capítulo 5. Recuento histórico de un escenario de investigación y acción	85
Capítulo 6. Complejo médico industrial en odontología: el caso de la implantología dental	93
Capítulo 7. La Red Colombiana de Salud Colectiva	105
Conclusiones	119

PRESENTACIÓN

Si has venido a ayudarme, pierdes tu tiempo, pero si has venido porque tu liberación está ligada a la mía, entonces trabajemos juntos.

LILA WATSO

En primer lugar, agradecemos a todas las personas que contribuyeron con esta obra: a la Universidad Nacional de Colombia y a otras instituciones públicas que permitieron la realización de los estudios que compartimos en este libro; a las comunidades y organizaciones sociales que nos apoyaron y aportaron en la construcción de conocimiento, y a los amigos y familiares que acompañaron y facilitaron el proceso para concebir este texto.

Se presenta el libro *Investigación en salud colectiva. Entre ciencias sociales y ciencias de la salud*, con el ánimo de ofrecer al lector, no un método de investigación nuevo, sino una perspectiva novedosa de la investigación en salud que reúne aportes de diferentes enfoques teóricos y metodológicos, tanto de las ciencias sociales como de las ciencias de la salud, con el propósito de comprender los problemas que afectan la vida y la salud de las comunidades en distintos territorios, para retribuir de este modo a nuestra *alma mater* y a las comunidades que nos han acompañado en esta labor.

La novedad y vigencia de este texto radica en el desarrollo de un carácter específico sobre la investigación en salud para aproximarse a la complejidad de los problemas en salud general y bucal desde un pensamiento crítico e interdisciplinario. Dicho carácter es un elemento sustantivo de la medicina social y la salud colectiva latinoamericana, que deviene como campo social del conocimiento, desde los años setenta en varios países de la región. La salud colectiva estudia procesos socioeconómicos y políticos implicados en la medicalización de la salud y la vida, los cuales van más allá de los

determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-atención, sin dejar la medicina social de lado. La investigación en salud colectiva, por tanto, estudia y profundiza dichos procesos, con el fin de comprender y transformar la determinación social de las inequidades, al ser considerada una de las problemáticas en salud que requiere sumar muchos esfuerzos y propuestas para Colombia y América Latina.

Este libro busca estudiar problemas de investigación que han dado lugar a proyectos doctorales realizados por los profesores del Departamento de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Colombia en los últimos diez años y difundir algunos elementos señalados en el Seminario de Investigación en Salud Colectiva realizado en el 2016.

Hacer salud colectiva en la Universidad ha permitido aportar a la construcción política de la práctica científico-social de la salud, a partir de los enfoques abordados en cada proyecto, algunos más cercanos a la salud pública que otros. Además, permite cuestionar la perspectiva convencional de la salud pública al establecer homogeneizaciones en el conocimiento. No obstante, aún hay desafíos pendientes para avanzar en el desarrollo de la salud colectiva en el país.

Conscientes de esa situación, este texto busca difundir aportes investigativos sobre salud colectiva. Entre todos los proyectos se adelantaron diálogos con las capacidades de investigación, como fundamento de la praxis de la investigación en salud colectiva y como esquema de desarrollo de la interdisciplinariedad, la transdisciplinariedad y el pensamiento crítico.

Se enfatizan las capacidades de investigación para destacar las maneras de construir conocimiento socialmente útil, en el saber hacer y saber transformar en ambientes y contextos específicos, con un sentido ético y político. Las capacidades de investigación en salud colectiva no son exclusivas de los investigadores en salud, sino del personal que forma parte del campo de la salud, quienes, en un sentido amplio, comparten afinidades, intereses y problemas, en estudios que requieren de disciplinas sociales y naturales. Este libro busca aportar a ese capital intelectual como un bien público para Colombia.

El lector puede revisar los proyectos en el orden en que prefiera; cada uno de estos finaliza con un cuadro de síntesis que señala la valoración de las capacidades de investigación, los aciertos y las limitaciones de investigación, junto con un video didáctico realizado por el autor. La síntesis reúne:

- Enfoques y categorías relacionadas con el estudio de las inequidades en Colombia, así como su diálogo con el campo de la salud colectiva.
- Aproximaciones a las capacidades de investigación (individuales y grupales).
- Aportes teóricos y prácticos en salud colectiva.

- Limitaciones y retos de la investigación en salud colectiva en Colombia y América Latina.



Figura 1. Reunión de apertura: seminario profesoral sobre salud colectiva, Departamento de Salud Colectiva - FOUN.

La primera parte del libro contiene cuatro capítulos, correspondientes a las investigaciones que aportan a las capacidades individuales, a partir de distintos problemas. El primer capítulo, desarrollado por Jair Ospina Lozano, abordó las necesidades reales de las comunidades indígenas del suroriente colombiano desde la antropología médica crítica con énfasis en los modelos médicos de atención a la salud con las categorías de proceso salud-enfermedad-atención. El segundo capítulo, realizado por Carol Guarnizo Herreño, compara diferentes países para aproximarse a la relación existente entre los factores políticos y las inequidades en salud oral, visibilizando la importancia de estudiar el contexto económico y político como un determinante de las inequidades en salud oral. El tercer capítulo, realizado por Rafael Malagón, describe las vulnerabilidades de las familias que habitan los sectores populares de Bogotá desde la problemática del embarazo adolescente. El cuarto capítulo, desarrollado por Carolina Morales, trata la investigación sobre la contienda política que tuvo lugar en Colombia para el control y la penalización de las conductas y comportamientos sexuales de jóvenes y mujeres, entre la última década del siglo pasado y la primera del actual, a partir de un enfoque que destaca las ciencias políticas y sociales en las decisiones en salud.

La segunda parte del libro está dedicada al trabajo grupal y a las capacidades que se derivan de este esquema de investigación. El aporte realizado por el semillero de investigación en salud colectiva se describe de forma panorámica

en tres capítulos, un trabajo de grado que sintetiza la filosofía y proyección del semillero desde la problemática del complejo médico odontológico industrial y financiero en la salud bucal. Para culminar, se presentan la propuesta y las proyecciones de la estrategia de trabajo en la Red Colombiana de Salud Colectiva, que desde el año 2012 funciona como un espacio diverso y una organización sociopolítica para articular el trabajo de la salud colectiva en Colombia.

Finalmente, para cerrar el libro, se señalan algunos de los desafíos e interrogantes de la investigación en salud colectiva. Esperamos generar debates sobre la investigación en este campo.

LAS EDITORAS

PRÓLOGO

La salud colectiva (sc) se configura en América Latina como un campo científico que reivindica la dimensión ética y política de su quehacer teórico y práctico. Desde su origen, este enfoque se ha confrontado con las visiones reduccionistas que abordan los problemas sanitarios mediante el tratamiento de enfermedades y ha mantenido un debate con los planteamientos de la salud pública convencional, sin desconocer sus contribuciones en la mejoría de la salud poblacional.

A pesar de la consolidación como campo científico y de los avances en la comprensión de la determinación social de la salud, la sc enfrenta diversos desafíos, entre los que destacan la necesidad de ampliar sus objetos de estudio, fortalecer su arsenal metodológico y profundizar su praxis transformadora frente a una creciente complejidad social, caracterizada por violencias múltiples y el incremento de las inequidades en salud.

En particular, la investigación en sc enfrenta los retos de desplegar la trama teórica y metodológica que fundamenta sus propuestas, avanzar en una mayor comprensión de las relaciones del individuo en la colectividad y profundizar en la temporalidad de los procesos.

Para seguir avanzando en la reducción de las inequidades, con la justa distribución de recursos sociales y el reconocimiento de las personas y colectivos como sujetos de derecho, se requieren investigaciones que dialoguen con diversos campos científicos y propongan innovaciones en sus aproximaciones a problemas particulares de la realidad latinoamericana. Frente a estos desafíos, distintos espacios académicos en América Latina y grupos de investigadores comprometidos con la salud y la justicia social impulsan procesos de forma-

ción e investigación con el propósito de reducir las inequidades sociosanitarias y garantizar el derecho a la salud y vida digna.

En este marco se celebra la publicación del libro *Investigación en salud colectiva. Entre ciencias sociales y ciencias de la salud*, pues contribuye a la problematización del campo de la sc, la incorporación de abordajes gestados en otros campos científicos y al uso de métodos y técnicas desarrolladas por disciplinas sociales y biomédicas, que en ocasiones son poco utilizadas por la salud colectiva por considerarse propias de la salud pública convencional.

El libro es producto del trabajo realizado durante años en el Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, la reflexión colectiva en este espacio y una praxis que aborda distintos problemas de salud en Colombia. Su riqueza temática, su formato y los enlaces virtuales a cápsulas biográficas de los autores hacen de este trabajo una obra estimulante y cercana.

Los distintos capítulos que integran este libro se caracterizan por reconocer la complejidad de las dimensiones de la salud en grupos y regiones específicas y por abordarlas desde el pensamiento crítico e interdisciplinario. Todos los trabajos se inscriben en la perspectiva de la salud colectiva latinoamericana, cuya madurez como campo científico ha permitido el estudio de la determinación social de los fenómenos de salud-enfermedad y de atención-cuidado, los cuales abordan los procesos económicos y políticos implicados en la medicalización de la salud y la vida, que van más allá de la aproximación simplificada a los determinantes sociales de la salud.

Las investigaciones de la primera parte del libro permiten indagar sobre los problemas de la realidad colombiana que, sin renunciar a la perspectiva teórica de la salud colectiva, incorporan acercamientos empíricos en diálogo permanente con campos disciplinarios de las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

La segunda parte del libro muestra caminos para fortalecer la formación y el pensamiento crítico en salud y la construcción de espacios comunes a través del semillero de investigación Salud Colectiva y La Red Colombiana de Salud Colectiva.

En todos los trabajos hay un esfuerzo por desarrollar conocimientos útiles y transformadores, cuya perspectiva ética y política posibilite —con otros actores— la comprensión y reducción de las inequidades en salud y contribuya a la justicia sanitaria y la realización del derecho a la salud.

A lo largo del libro se ubica la problemática a estudiar y se reconocen múltiples planos de la realidad a partir de la naturaleza polisémica del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, configurando objetos complejos. Así mismo, se discuten enfoques y categorías utilizadas para la investigación sobre las inequidades sanitarias en Colombia y se establece un diálogo e intercambio crítico con los abordajes y métodos de la ciencia política y la salud pública.

El conjunto de referencias conceptuales y metodológicas no se limitan a la adopción de teorías y conceptos establecidos en otros cuerpos disciplinarios, sino que se realizan procesos de adaptación y reinterpretación, con un esfuerzo para mantener la coherencia epistemológica, conceptual y metodológica. Además, destaca el despliegue creativo de categorías que permite abordar problemas concretos, desarrollar aproximaciones empíricas y exponer con rigor las limitaciones de los estudios y sus resultados.

El capítulo 1 destaca la incorporación de categorías de la antropología médica crítica (AMC) con énfasis en los modelos médicos de atención a la salud, en diálogo permanente con la categoría de proceso salud-enfermedad-atención y con los síndromes de filiación cultural.

En el capítulo 2 se presenta la perspectiva de la economía política en el análisis de la producción de inequidades en salud oral que ilustra la utilidad de categorías como estado de bienestar y política social en el abordaje de problemas específicos.

El capítulo 3 muestra la perspectiva de la microsociología utilizada en el uso renovado del concepto de vulnerabilidad como una alternativa no excluyente al uso de la categoría de riesgo epidemiológico y la aproximación a las trayectorias de vida, que permiten profundizar sobre la dinámica de las familias y de las comunidades frente al embarazo adolescente y trascender las explicaciones convencionales.

El enfoque desde la ciencia política, en particular la perspectiva del institucionalismo histórico y el uso de categorías como contienda sociopolítica que guían el capítulo 4, permite realizar una reconstrucción dinámica de una política de salud específica; identificar actores y relaciones de poder; comprender el predominio histórico de las visiones asistencialistas y paternalistas, su diálogo funcional con enfoques de prevención y de sanción moral, y explicar los momentos de cambio, así como el sentido de las transformaciones.

En la segunda parte, el libro documenta la experiencia de construcción de capacidades colectivas de investigación. Inicia con una investigación sobre el Complejo médico industrial en odontología. Un caso de estudio sobre implantología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, la cual se desarrolla a partir de la perspectiva de la economía política. Este abordaje del mercado médico odontológico evidencia la lógica de la invasión del complejo médico industrial (CMI) en la educación pública y analiza los procesos de privatización en un espacio concreto que vende y comercializa productos del CMI para autosostenerse. El trabajo ilustra el tipo de investigaciones realizadas en el semillero de investigación en Salud Colectiva.

El capítulo 5 presenta la articulación de actividades diversas de formación académica e investigación, la horizontalidad del espacio integrado por profesores, egresados y alumnos de diversos grados y la conformación de núcleos temáticos que permite la realización de múltiples proyectos.

El capítulo 7 expone la concepción de la RCSC como un dispositivo que potencia el trabajo colectivo, la postura académica y política que la alienta y la agenda común en defensa del derecho a la salud, la vida digna y la paz en Colombia.

Para superar la matriz de inequidad y explotación, resultado de las relaciones de opresión de sexo-género, etnia-raza y clase social, la RCSC se plantea fortalecer la producción del conocimiento y accionar en salud del conjunto de organizaciones sociales y políticas colombianas; implementar políticas de salud y protección universales, públicas, estatales, participativas, gratuitas y de calidad; defender la paz con justicia social como garantía del buen vivir, y desarrollar procesos de docencia-aprendizaje, investigación y comunicación en salud de carácter crítico.

El libro finaliza con las conclusiones y proyecciones de la investigación en sc. Allí se sintetizan las principales contribuciones teóricas y prácticas de las investigaciones presentadas, su papel en el desarrollo de capacidades en debates y diálogos y la gestación de propuestas de investigación acción. Se concluye con un balance sobre los desafíos para la investigación en sc en Colombia y en América Latina, en el que se identifica el valor práctico en experiencias locales y/o globales, la necesidad de la construcción colectiva, la articulación entre organizaciones sociales y comunitarias y la incidencia política.

En distintos planos, esta obra fortalece la práctica en sc y muestra rutas posibles para el desarrollo de capacidades individuales y colectivas de formación, investigación e incidencia social y, según señalan los autores, expresa un compromiso para realizar investigación científica con sentido ético y político en la construcción de espacios comunes donde prevalezcan modos de vida digna, saludable, sustentable y solidaria.

OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Coordinadora Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva,
Universidad Autónoma Metropolitana.

Ciudad de México, 2017

INTRODUCCIÓN

El presente texto introduce un panorama general sobre la investigación en salud colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, a partir de dos elementos conexos: la necesidad que surgió en el Departamento de Salud Colectiva de investigar en este campo de la salud y la respuesta que se ha venido perfilando para responder a dicha necesidad, con aciertos y limitaciones.

| 19 |

La investigación en salud colectiva entiende la salud como un proceso social, territorial, histórico y complejo, que requiere para su realización no solo trabajo con precisión y rigor, sino también recursos y políticas favorables que le permitan construir y difundir conocimiento con valor social. La salud colectiva y la salud pública han disputado con enfoques, posturas y esferas de poder, constituyéndose en una corriente de pensamiento en salud, más antigua de lo aceptado institucionalmente. Durante el siglo XVIII en América Latina y el siglo XIX en Europa se asistió al origen de la medicina social, que explicaba la relación entre las condiciones socioeconómicas, la muerte y el proceso salud-enfermedad.

La lucha anticolonial por la salud y la economía política inauguraron una corriente de pensamiento en la región, que ha desarrollado teorías sociales y naturales en salud, valoradas por científicos y comunidades como parte del sistema de ciencia, tecnología e innovación existente.

Con la descripción y organización del conocimiento en campos sociales¹ se visibilizan rupturas paradigmáticas en las ciencias, al cuestionar el carácter

1 El concepto de campo científico en la sociología de la ciencia de Bourdieu se asimila a un espacio de juego con autonomía relativa, con reglas y agentes sobre cómo entrar, permanecer y salir de dicho campo. En el juego se disputan y se compite por capitales (económico, social, cultural-simbólico, intelectual), disposiciones y herencias que constituyen poder (1).

absoluto y universal de las verdades. Se identifica la competencia por capitalizar un poder con enfrentamientos entre los substratos epistemológicos y perspectivas que dan identidad social al campo.

La salud colectiva impulsa perspectivas marxistas y neomarxistas no ortodoxas para la comprensión de la salud de los grupos humanos como parte de su objeto de estudio; privilegia entre sus métodos el pensamiento crítico para el estudio de procesos de determinación social y postula transformaciones estructurales para producir salud y buen vivir (2).

La salud colectiva y la salud pública son diferentes (3). Se constituyen de manera distinta y con intereses diferentes (3). Los métodos y *ethos* políticos de la salud colectiva y de la salud pública desarrollan distintos énfasis en el estudio de las inequidades. A partir de esto, nace la necesidad de investigar y profundizar en la comprensión de las inequidades (4), su relación con los problemas de salud y modos de vivir (5), con el estudio de propuestas de investigación, apuestas teóricas y mecanismos de acción, categorías y conceptos novedosos.

En ese marco, surgió el interés por estudiar los esquemas y métodos de investigación para la resolución de preguntas y problemas que resultan desafiantes para la salud colectiva y para las ciencias naturales de la salud (3). Nos enfocamos en la investigación en salud realizada bajo paradigmas críticos (6), con desarrollos específicos dentro del sistema de ciencia y tecnología existente (7).

Los proyectos de investigación que se presentan en este texto señalan capacidades de investigación (CI) que parten de uno o más atributos y/o de uno o más elementos o categorías relacionadas con las políticas de investigación existentes. Además, logran desarrollar procesos y/o resultados que transforman la situación que se estudia. Por esto, se dividen en dos tipos de capacidades: individuales y grupales, con base en las dimensiones sugeridas por McIntyre (8) y en la amplitud de los proyectos, como se puede ver en la tabla I.

Tabla I. Valoración de capacidades de investigación en salud colectiva.

Atributos para valorar CI en salud colectiva	Elementos que componen los atributos	CI en salud colectiva a desarrollar
Políticas para el desarrollo de CI en salud colectiva en la Universidad Nacional de Colombia	Formación en abordajes y métodos para la investigación en salud colectiva.	Desarrollo de los proyectos interdisciplinarios o multidisciplinarios.
Estímulo a la formación e investigación en salud colectiva.	Apoyo a los proyectos de los investigadores.	Investigaciones compartidas: maestría o doctorado.
Agenda de prioridades en la investigación en salud colectiva.	Líneas de investigación en salud colectiva.	Evaluación de efectos y aportes de los proyectos.

Continúa en la siguiente página

Atributos para valorar CI en salud colectiva	Elementos que componen los atributos	CI en salud colectiva a desarrollar
Redes de colaboración (nacionales, internacionales e intersectoriales).	Mecanismos de cooperación e intercambio entre investigadores. Articulación con redes.	Proyectos interinstitucionales, intersectoriales. Trabajo comunitario.
Infraestructura para la investigación en salud colectiva. Creación, fortalecimiento y consolidación de la investigación en salud colectiva.	Disponibilidad de recursos humanos, financieros y técnicos. Monitoreo y evaluación de recursos para investigar.	Proyectos con distintas fuentes de financiación y relaciones público-privadas. Información y comunicación de investigación a nivel nacional e internacional.
Producción y apropiación social del conocimiento.	Grupos de investigación en salud colectiva. Estrategias de difusión de la investigación en distintos sectores.	Aporte a problemas del contexto nacional. Comunicación y difusión.
Pertinencia de los temas en salud colectiva.	Poblaciones, grupos vulnerables, territorios afectados.	Aportes locales y nacionales, en diversas comunidades y distintos problemas

CI: Capacidades de investigación.

Fuente: adaptado de (7).

Entre los atributos que se tienen en cuenta para valorar las CI en SC, se destacan los insumos que tiene a disposición el investigador para realizar la investigación, con base en las políticas de investigación; los procesos llevados a cabo en la misma y los resultados del problema abordado. A manera de ejemplo, una CI en SC se desarrolla más fácil y rápido si se cuenta con una agenda de prioridades de investigación, recursos y/o proyectos de investigación cuyos efectos permiten la renovación de la agenda. La tabla 1 señala la valoración general de las CI en SC, a partir de estos elementos. Esta valoración no pretende ser exhaustiva.

Una CI en SC se materializa cuando los proyectos de carácter interdisciplinario se han apoyado con diversas fuentes de financiación y con participación de varias instituciones y comunidades. Estos proyectos promueven CI en salud colectiva más complejas y diversas y, por tanto, más pertinentes para afectar los problemas que enfrenta el país.

El desarrollo de capacidades individuales y grupales² en salud colectiva se logra eficazmente en escenarios y ambientes colectivos, con esquemas de tra-

2 El uso de los términos *capacidades individuales* o *capacidades grupales* obedece más a una característica descriptiva de la organización del trabajo que deben realizar los investigadores que a una clasificación conceptual o metodológica en la investigación. Se usa en este texto con fines didácticos.

bajo y organización en red, tales como semilleros de investigación, grupos de investigación y las redes de colaboración. Las CI grupales constituyen un gran desafío para la investigación en salud colectiva en Colombia, pues el énfasis existente para el trabajo de investigación y la formación del investigador es individualizado. Este texto señala dos posibilidades de CI grupales en construcción: semillero y red, y plantea algunos de los retos pendientes por desarrollar.

REFERENCIAS

1. Bourdieu P. Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000.
2. López A. Salud Colectiva y Salud Pública. ¿Se está hablando de lo mismo? En: Morales M. Cap. 1. Salud Colectiva y Salud Pública. ¿Se está hablando de lo mismo? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
3. Morales M, Rocha A. Debate entre salud colectiva y salud pública. En: Morales M. Cap. 2. Salud Colectiva y Salud Pública. ¿Se está hablando de lo mismo? Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2016.
4. Useche A. La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el rol de las EPS. *Deslinda*. 2017 [citado 25 ago 2017];60:34-43. Disponible en: <https://goo.gl/JxxdrH>.
5. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado 25 ago 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/HTPjQJ>.
6. Bhaskar R. Dialectic. En: Archer R, Bhaskar R, Collier A, Lawson T, Norrie A. *Critical realism: essential readings*. New York: Routledge; 1998. p. 561-4.
7. Morales C, Borde E, Akerman M, Hernández M, Salgado N. Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil, Colombia y México. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016 [citado 25 ago 2017];34(3): 330-41. Disponible en: <https://goo.gl/Z8fh5J>.
8. McIntyre D. *The International Research Architecture from the African Perspective*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research; 2000.



Primera parte
*Capacidades individuales
de investigación*

CAPÍTULO 1

PROCESOS POLÍTICOS, MEDICINA TRADICIONAL Y EPIDEMIOLOGÍA EN EL PUEBLO NASA

Edson Jair Ospina Lozano

ANTECEDENTES Y SURGIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

| 27 |

El presente capítulo responde a un proceso histórico en el que el investigador como sujeto social y político debe entrar en diálogo con su objeto de estudio; en este caso específico fueron las comunidades indígenas del suroccidente colombiano. Esto con el fin de develar el problema que se hallaba tras las necesidades reales y sentidas de dichas poblaciones.

En principio, el diálogo inició cuando el investigador, Jair Ospina, se ubicó como odontólogo en el departamento del Cauca en Colombia gracias al trabajo y a las relaciones que había tejido con movimientos y organizaciones sociales en diferentes regiones del país. Producto de esto, conoció las comunidades indígenas yanaconas de los resguardos de Caquiona y Pancitará, ubicadas en el macizo colombiano; allí, algunos líderes lo invitaron a construir un equipo de trabajo. La propuesta inicial de los indígenas consistió en llevar a cabo un proyecto para revisar la boca de los niños de la comunidad; sin embargo, el investigador terminó proponiendo otro tipo de actividades.

Los yanaconas, en el momento de la investigación, se encontraban en un proceso de reconstrucción de su identidad étnica y de recuperación del territorio, por lo que el investigador se dio cuenta de que sus conocimientos en el área de la odontología eran muy técnicos y limitados y de que se enfrentaba a un gran desafío, que consistía en construir una base social fuerte que permitiera hacer intervenciones efectivas y sostenidas en salud oral y, al mismo tiempo, en acompañar diversos movimientos sociales.

Luego, en el año 2004, el movimiento campesino Asociación Campesina de Inzá Tierradentro (ACIT) del oriente caucano ganó las elecciones para la alcaldía e invitaron a Jair a trabajar con ellos en el campo de la salud. Desde entonces, el investigador encontró un proceso en marcha, con funciones a desarrollar planteadas desde la administración del régimen subsidiado, el Plan de Atención Básica en Salud Pública (1), la alta demanda de servicios de atención en salud y la necesidad que tenía la comunidad de una construcción propia sobre el derecho a la salud. Dicho proceso impulsó a la comunidad a construir un plan de desarrollo participativo, el cual buscaba despertar la conciencia política de la comunidad local y regional, para lograr que las personas participaran en la gran marcha hacia Cali, organizada por del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) durante el mismo año. Esa experiencia suscitó en el investigador otro tipo de preguntas relacionadas con el significado del sector de la salud, al poner en paralelo las demandas sociales y las exigencias étnicas, lo cual implicó una relación conflictiva entre el Estado y la comunidad indígena.

28 | Cuando el investigador se ubicó en el municipio de Inzá en el departamento del Cauca, hizo preguntas de tipo sociológico sobre los sistemas de salud del pueblo indígena nasa, ya que su conocimiento acerca de la medicina tradicional en ese momento era ambiguo. Al comienzo no comprendía la esencia de la medicina tradicional, pues se tiende a pensar que está centrada en la salud y, en general, no es así, ya que tiene unas dimensiones más complejas, que generalmente son llevadas al campo de lo político a través de los procesos de movilización social.

Cuando el investigador aplicó sus preguntas en la antropología, surgieron las primeras preguntas de investigación. Estas se trataron del escenario en el cual se ubica la defensa de los saberes médicos tradicionales. Una de estas fue: ¿La defensa de los saberes médicos tradicionales por parte del pueblo nasa se ubica en el escenario de la atención en salud o de la identidad étnica?

El acercamiento a esta pregunta se hizo a partir de la antropología médica crítica de Menéndez (2) alrededor de los modelos médicos de atención a la salud y la categoría de proceso salud-enfermedad-atención, por lo que el investigador tomó tres categorías para resolver dicha pregunta: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico de autoatención. Estas categorías se tuvieron en cuenta aun sabiendo que convergían en las personas para hacer frente a su proceso salud-enfermedad-atención y que son una expresión de todo lo que ocurre a nivel macrosocial.

Con todo lo anterior, es posible ver la estructura de la sociedad a través de la forma en que la gente entiende y atiende sus enfermedades (2). Así mismo, por tratarse de un escenario de antropología política, es decir, de movilización social de grupos indígenas, el investigador trabajó otras categorías como la identidad étnica, la etnicidad, las prácticas políticas y la autonomía (3).

Cuando el investigador comprendió que las dimensiones de la medicina tradicional van más allá del escenario extraterapéutico, se encontró en la investigación que el control social de las comunidades y de los recursos del territorio se daba a través del papel ideológico del chamán, y que la presencia simbólica del chamán en la movilización social era un soporte fundamental en la acción política, ya que en las marchas y asambleas estas personas siempre estaban presentes llevando elementos propios de sus saberes y prácticas.

El proceso de reconstrucción histórica y cultural de los territorios se configuró sobre sitios sagrados ubicados en las altas cumbres y lagunas sagradas, debido a que es allí en donde moran seres mitológicos y legendarios que fortalecen el proceso vital del mundo nasa y, además, por el control que ejerce el Estado sobre los resguardos y los comuneros. Asimismo, la transmisión de valores y normas de convivencia en el territorio son un asunto que implica impedir el control o la presencia de extraños entre las comunidades, como grupos armados como la guerrilla, el ejército y algunas organizaciones no gubernamentales.

A partir de lo anterior, en la investigación fue fácil identificar que los principales rituales se encuentran relacionados con el modo de vida de los nasas. Esto sucede en dos casos específicos: durante los rituales de Refrescamiento de Bastones de Mando en las lagunas sagradas de los páramos, en los cuales los indígenas danzan y hacen ofrendas durante tres días para pedir por el fortalecimiento de las semillas o *Saakhel* y por las buenas cosechas. Y durante la ceremonia del *Çxa puc* o ritual del día de muertos, el cual tiene que ver con memoria de antepasados como Manuel Quintín Lame, La Gaitana y Juan Tama de la Estrella, en relación con sus luchas por las comunidades.

La medicina tradicional puede ser un objeto de estudio y, al mismo tiempo, puede entenderse como un método para entender la sociedad. Si se hace un promedio de parteras en un territorio se puede obtener información sobre el nivel de desarrollo del sistema de salud y el posicionamiento del Estado o de sus instituciones en la comunidad que allí se aloja. Por lo anterior, durante el proceso de reconstrucción de identidad étnica, la investigación contó con el acompañamiento tanto de los chamanes como de los intelectuales indígenas dedicados a estudiar y buscar un horizonte común entre los diferentes grupos nativos de América Latina con los cuales se apoyaba el proceso de reconstrucción. De este modo, el uso de la coca se complementó con otras plantas ancestrales de gran representación multidimensional como el yagé o el peyote.

Por otra parte, una acercamiento adicional a esta comunidad se hizo a través de los procesos de movilización política en el campo de la salud, los cuales estaban relacionados con la construcción del CRIC en el año 1971 (4). En ese proceso, los médicos tradicionales acompañaban a los cabildos en todas las

acciones políticas, tales como las elecciones locales, la toma de tierras, las marchas en la carretera panamericana y las asambleas comunitarias, entre otras.

De igual manera, en la consigna del CRIC (autonomía, tierra y territorio) se comienza a hablar de cultura y ubicación de los médicos tradicionales como eje central, por lo que dicho organismo instauró una demanda hacia el Estado para reconocer y fortalecer la medicina tradicional. Además de esto, llegaron intelectuales de diferentes universidades que contribuyeron a señalar la necesidad de reconstruir procesos autónomos del mundo indígena en todas las dimensiones sociales, especialmente en el campo de la salud (4).

Debido a todo lo anterior, se creó un programa de salud que integró lo de afuera y lo propio de la comunidad, para hacer frente a las dificultades en las condiciones de vida y salud de la misma. Así, inició la institucionalización de la medicina tradicional y comenzó a ser apropiada y reproducida por la juventud interesada en participar en la solución de sus problemas a partir de sus propios saberes y prácticas. Al mismo tiempo, nació una campaña por la defensa y el reconocimiento de pulsadoras, parteras, sobanderos y médicas tradicionales. A este proyecto se acercaron mayormente mujeres jóvenes que crecían a partir de sus labores comunitarias fortaleciendo sus capacidades organizativas y políticas. Inicialmente, muchas de estas se vincularon a este proyecto y, posteriormente, se pasaron a puestos de liderazgo político como cabildantes, gobernadoras, consejeras mayores del CRIC y a curules de los concejos municipales.

En este proceso de rescate, defensa y fortalecimiento de sus saberes, los médicos tradicionales se integraron a un proceso autónomo que asumió una parte del control local del campo de la salud, lo cual generó, entre otras, las siguientes dificultades:

- Se integraron discursos y prácticas neoliberales en la comunidad, lo que implicó la individualización del aseguramiento, el costo-efectividad en la atención, los soportes financieros de la salud y la tercerización del trabajo.
- Se generó la necesidad de una dirigencia indígena encargada de la administración de la autonomía neoliberal, la cual podía reemplazar líderes con experiencia direccionando organizativamente y políticamente a las comunidades.
- Se concibió la gestión de la medicina tradicional como una complementariedad subordinada de la medicina occidental.
- Se evidenció un dominio ideológico y pragmático de la medicina occidental en el proceso salud-enfermedad-atención de estas comunidades.

Sumado a todo lo anterior, también era claro que el proceso de rescate, defensa y fortalecimiento de los saberes propios de la comunidad estaba adscrito

a un escenario a través del cual el personal médico tradicional recibía recursos, generalmente en especie, por parte de la comunidad, es decir, recibían mercados, animales, materiales para sus viviendas e incluso arreglos a sus huertas, lo cual estaba constituido como una defensa social del médico tradicional.

Sin embargo, la dinámica social de la región demandó la entrada de otros sectores sociales como profesionales y técnicos en distintas disciplinas, quienes conocieron este sistema médico y se interesaron en sus métodos para hacer frente a los padecimientos, lo que finalmente transformó los mecanismos de compensación hacia las prácticas tradicionales. De esta forma, el pago en efectivo elevó los costos de la medicina tradicional para las personas de las comunidades y transformó los mecanismos de pago en especie. Esta fue una de las razones por las que hoy en día es más costoso ir al médico tradicional que al médico occidental en tierras dentro del Cauca.

Por otro lado, cabe señalar que la medicina tradicional y las diferentes actividades como la ritualidad se incorporaron al modelo de salud para estos pueblos indígenas, los cuales reciben aportes del sistema de salud y recursos de transferencias que son invertidos en los insumos que requiere la ritualidad, principalmente la logística y la alimentación para los asistentes.

Finalmente, una vez hecha la anterior contextualización sociohistórica y espacial de algunas de las problemáticas que tienen las comunidades indígenas, las cuales afectan directamente su proceso de salud-enfermedad-atención, el investigador delimitó la justificación y el problema del que se ocupó su estudio, tomando como referente la epidemiología sociocultural.

LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

Esta investigación se adelantó a partir del estudio de la diarrea, que es sin duda un padecimiento desafortunadamente naturalizado en estas comunidades. Si bien existe una alta carga de enfermedad en el mundo indígena, también hay una distribución desigual de las enfermedades entre los nasas debido a las distintas condiciones de vida y a las diversas interpretaciones que relacionan este padecimiento al contexto sociocultural de la comunidad. En vista de esto, el interés de la investigación se centró en la distribución de la enfermedad diarreica aguda (EDA) en los niños y, por otro lado, en conocer las estrategias de las personas para resolver este padecimiento, con el objetivo de observar la articulación de los saberes médicos tradicionales con los saberes occidentales en la resolución de esta problemática.

En el desarrollo de la investigación, también se visualizó el sistema de autoatención de las comunidades, que consiste en la apropiación particularizada de las dos formas de atención: la tradicional y la occidental, su transformación a través de las propias racionalidades que tiene la gente e incluso las relaciones de hegemonía y subalternidad presentes en el grupo social (5).

Para poder cumplir con los objetivos de la investigación, se planteó la siguiente pregunta: ¿cómo entienden y atienden las mujeres indígenas y sus familias la diarrea en niños menores de un año? Para responder esta pregunta se requirió de la caracterización del grupo social, las familias y el modo de vida de las personas, a partir de la búsqueda de información tanto en fuentes primarias como secundarias, de las cuales se obtuvo que el contexto sociopolítico de esta comunidad se caracteriza por tener pésimas condiciones de vida y salud; limitada presencia de medicina occidental que contrasta con una alta demanda de servicios médicos alopáticos; diferentes formas de asistencia médica, es decir, un pluralismo médico entre los saberes tradicionales y occidentales, articulados mediante las prácticas comunes de la gente, y presencia política neoliberal en el campo de la salud.

En relación con la sociodemografía, en este territorio se encuentran 3 904 familias, aproximadamente 14 000 personas, 6 resguardos y 3 comunidades civiles (cabildos sin territorios). Todos con un índice de necesidades básicas insatisfechas del 98.5 %. Cuentan con tan solo dos puestos institucionales de servicios de salud: la Empresa Social del Estado (ESE), ubicada en el oriente del territorio, la cual presta servicios de medicina occidental y la Institución Prestadora de Servicios Indígena Juan Tama (IPS), que presta servicios de medicina tradicional y occidental. En este territorio también se encontraron subregistros de los casos de EDA y el registro de un caso mortal por el mismo padecimiento durante el año 2010 (6).

Con respecto a las causas del EDA, se encontró que cada comunidad tiene una explicación diferente para la enfermedad. Por ejemplo, la patología se asocia con castigos de personajes del mundo indígena como el arcoíris y duendes, o incluso puede relacionarse con eventos como el mal viento o el mal de patio¹.

Por otro lado, en cuanto a la distribución del EDA, durante la investigación se halló una alta presencia de esta enfermedad en todas las comunidades del municipio (Calderas, Yaquivá, Tumbichucue, San Andrés), en especial en las más apartadas y con menor presencia de instituciones dedicadas a la salud y educación que pertenecen al Estado. Además, se pudo identificar que estas comunidades habitan las zonas que tienen las peores condiciones de vida.

De igual forma, se encontró que hay mayor presencia de síndromes de filiación cultural (diarrea por arco iris, mal de difunto, mal viento, lastimadura, susto) en zonas donde se habla la lengua nasa yuwe, es decir, en regiones como Calderas, Yaquivá, Tumbichucue y San Andrés.

1 El mal viento es un síndrome de filiación cultural que se presenta en los pueblos de origen amerindio que habitan las zonas montañosas. Se origina por la involuntaria interacción de las personas con tumbas o entierros de sus antepasados, y se caracteriza por un conjunto heterogéneo de síntomas y signos que afectan el estado de salud de los individuos y la familia. (7)

En relación con las condiciones de vida de la comunidad, se encontró que solo 1.5 % de la población indígena total del municipio tiene acueducto. Este servicio solo está dispuesto en el centro del poblado de Inzá, mientras que el resto de esta población vive en las zonas rurales en donde los sistemas de distribución de agua son artesanales y carecen de control por parte de alguna institución sanitaria, lo cual fomenta la aparición del EDA. Por ejemplo, en comunidades como Calderas se halló que en solo un semestre se presentaron en total 46 casos con eventos de diarrea, de los cuales, 22 eran niños.

De igual forma, durante la investigación también se halló que en la comunidad existe una correlación entre la sintomatología del EDA y los síndromes de filiación cultural, es decir, la aparición del padecimiento y las explicaciones que da la comunidad según sus códigos simbólicos y culturales. No obstante, estas últimas han perdido credibilidad por la inserción de un discurso occidental en la población a través de las charlas institucionales de prevención y promoción de las IPS. En estas se brindan nuevas explicaciones y, por consiguiente, nuevas formas de abordaje para la diarrea, tales como que dicho padecimiento es causado por parásitos y que para evitarlo se debe hervir el agua y se deben lavar las manos constantemente.

Aunque las charlas han servido para la prevención del EDA, en la comunidad aún se manejan explicaciones propias para las afecciones. Un ejemplo de esto es el mal de arco² que se atribuye a la aparición del arco iris³, el cual es considerado una deidad que controla la naturaleza y que ante la ruptura de ciertas reglas sociales establecidas genera cierto tipo de enfermedades. Este fenómeno se presenta con más frecuencia en las poblaciones indígenas de las zonas altas de las cordilleras. Una ejemplificación diferente de estas filiaciones culturales es la lastimadura, la cual se presenta cuando los niños empiezan a caminar. Se atribuye a golpes en la cadera que generan un cuadro diarreico particular.

En este sentido, es correcto afirmar que las distribuciones desiguales de las enfermedades de filiación cultural en el territorio se presentan gracias a las particularidades de las condiciones de vida de cada uno de los resguardos indígenas junto con sus elementos culturales particulares, por ejemplo, su idioma y sus interpretaciones del territorio, por lo que en la investigación, más que generar informes estadísticos, se propuso indagar y profundizar en la relación

2 «Denominación popular que recibe el tétanos. Se reconoce que puede ser adquirido al sufrir una herida producida por un pinchazo, o bien una cortada con objetos metálicos oxidados u otros materiales que se encuentran en la tierra» (7).

3 «Entidad enfermante, tanto femenina como masculina, encarnada en el fenómeno natural del mismo nombre. Está relacionada con las deidades del agua, los aires, los espíritus de mujeres muertas durante el parto y el demonio. Las enfermedades que provoca son el embarazo falso, el aborto y la hinchazón de un dedo» (7).

que existe entre las enfermedades de filiación cultural y el territorio, a partir de un trabajo etnográfico y participativo.

Además del análisis que existe entre las filiaciones culturales con el territorio y las condiciones de vida de la comunidad, en la investigación también se encontró que los hechos históricos producen síndromes de filiación cultural como el mal de patio, que se produce cuando el niño tiene contacto con tumbas de pueblos que habitaron y rivalizaron con los nasas en tiempos anteriores. En general, todos estos síndromes culturales tienen relación directa con los escenarios sociales, histórico-culturales y bioecológicos.

Del mismo modo, se halló que el tratamiento más frecuente para este padecimiento es la autoatención. De esta forma, se observan sincretismos entre estrategias occidentales como el suero oral y estrategias tradicionales como las diferentes infusiones herbales propias de las comunidades, las cuales se convierten en el motor de la interacción de dichos saberes. Por consiguiente, se puede decir que las diferentes formas de atención a la salud se articulan con la cosmovisión propia de las personas. Es a partir de dicha articulación que se puede particularizar la manera como las comunidades y las familias entienden, orientan y atienden los diferentes tipos de padecimientos.

En cuanto a la prestación de servicios, el investigador encontró que en la región existe un marcado pluralismo médico, con servicios institucionalizados de medicina occidental y medicina tradicional. También descubrió que las personas tienen seguro a través del subsidio estatal para acceder al Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual es más asequible debido a que la medicina tradicional es más costosa que la occidental, por lo que han existido algunas intervenciones por parte de la IPS indígena para facilitar el acceso a la medicina tradicional. A pesar de todo esto, sigue presente una hegemonía de la medicina occidental, particularmente después de los años de 1960 y 1970 en donde se fortaleció la institucionalidad de las entidades prestadoras del servicio de salud en la región, impactando positivamente en la salud de las comunidades y en la relación de estas con el Estado, pero generando la subordinación de las comunidades tanto en términos ideológicos como terapéuticos.

En conclusión, se encontró que cada uno de los padecimientos encontrados tiene un diagnóstico diferente dependiendo de su ubicación en el territorio y de los modos de vida que allí se instauran, por lo que las demandas en los servicios de salud por parte de las comunidades también son particulares. Aun así, la mayoría de los padecimientos en los niños se resuelven en el hogar, con los manejos terapéuticos de origen ancestral dados por las cuidadoras que generalmente son las madres o abuelas. Solo se acude a los centros de salud institucionales cuando la situación ya empieza a comprometer seriamente la vida del paciente.

Es necesario aclarar que el mundo indígena es un mundo con muchas construcciones simbólicas, particularmente en el campo de la salud. Las comu-

nidades intentan explicar los estados de salud y enfermedad a partir de su entorno físico cercano, de los fenómenos naturales y biológicos que perciben, de su historia, de la relación con sus ancestros, de las relaciones sociales y de sus constructos espirituales. Sin embargo, el contacto con la medicina occidental ha generado algunos replanteamientos y sincretismos que han reconfigurado estas estructuras simbólicas de los pueblos indígenas. A pesar de esto, existen espacios que tienen resistencia simbólica como ocurre con las etapas del embarazo, el parto y el puerperio, que aún no han cedido a la hegemonía occidental, pues los esquemas simbólicos y de cuidado relacionados con estas etapas se encuentran muy consolidados.

Finalmente, con este artículo se hace un llamado para fortalecer los ejercicios de epidemiología sociocultural y para articular diferentes disciplinas, con el fin de abordar un mismo problema bajo la perspectiva de la salud colectiva. Una parte muy importante de la propuesta teórico-metodológica de esta investigación es que el autor no fue un sujeto externo a su objeto de estudio, sino que por el contrario debió articularse con este, pues al hacer un trabajo de este tipo con comunidades indígenas, el investigador tiene que estar con sus sujetos investigados, apropiarse de sus dinámicas y hacer parte de su realidad.

En la tabla 1.1 que se presenta a continuación se resumen los aspectos más relevantes de esta investigación doctoral y en la figura 1.2 se muestra un registro fotográfico de la socialización y debate de esta tesis en el seminario profesoral sobre Investigación en Salud Colectiva realizado por el Departamento del mismo nombre de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia en el 2016.

Tabla 1.1. Claves de la investigación.

Enfoque teórico y metodológico	Herramientas metodológicas usadas	Aportes	Limitaciones
Epidemiología sociocultural	Métodos cualitativos <ul style="list-style-type: none"> • Etnografía. • Observación participante. Métodos cuantitativos <ul style="list-style-type: none"> • Estadística descriptiva. 	Se aborda el proceso de salud, enfermedad y atención a partir de diferentes dimensiones y disciplinas.	No se disminuye la distancia epistemológica entre las diferentes disciplinas estudiadas.



Figura 1.1. Exposición y debate de la investigación Procesos políticos, saberes médicos tradicionales y epidemiología sociocultural en el pueblo nasa, Colombia. Seminario del Departamento de Salud Colectiva de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

DISCUSIÓN

36 | Establecer un análisis a partir del diálogo entre la medicina tradicional y el ejercicio político en el campo de la salud colectiva es una mezcla posible pero compleja, específicamente en la comunidad que se tomó como objeto de estudio. Actualmente, las comunidades indígenas de Colombia defienden políticamente la medicina tradicional en diferentes escenarios públicos y privados, mientras que las familias nasas buscan resolver sus problemas de salud con la medicina occidental. De igual forma, a esto se suma que en las IPS indígenas la medicina alopática sigue siendo hegemónica y forma parte de la disputa por recursos y programas de salud. Igualmente, en esta zona, la medicina tradicional es un motor de movilización política e ideológica, pues se halla en un proceso de interacción entre lo tradicional y lo occidental.

Si bien los aportes de este artículo son variados, también ha podido develar la problemática del proceso paulatino y persistente de modernización en términos neoliberales, relacionado con las formas de entender y atender la salud por parte de las comunidades tradicionales. Por tanto, el punto clave de este trabajo es la reflexividad del investigador, ya que orienta las observaciones y las conclusiones en cuanto al valor que se le da a los diferentes tipos de conceptos referentes a salud y enfermedad, así como a las formas terapéuticas en las que se abordan los mismos. Esto señala la importancia del desarrollo de capacidades individuales de investigación relativas al manejo ético y político que hace el autor de los resultados de la investigación.

En la actualidad se reconoce a la medicina tradicional solo como un formalismo, ya que ideológicamente se ve como una medicina inferior a la medicina alopática, pues esta última se impone como *gold standard* (patrón de referencia) para el manejo de la salud en los problemas de mayor complejidad. No obstante, existen unos niveles de eficacia de la medicina tradicional que no pueden ser desconocidos, debido a la estructura simbólica que permite la reproducción de un orden social y cultural que da su esencia a las comunidades.

Aparte de esto, la globalización ha permeado todas las formas de sociedad y ha generado hegemonías y subordinaciones en el campo de la salud. Un ejemplo de esto es el rol que ahora cumplen las parteras tradicionales gracias al proceso de integración de los servicios de salud en Colombia, pues a pesar de tener las capacidades y elementos rituales para ejercer bien su labor durante el embarazo, el parto y el puerperio, las funciones de las parteras solo incluyen el cuidado del embarazo y el puerperio, pero no la participación activa en los partos. Además de esto, la interacción de la población con los servicios de salud coarta las funciones socioculturales de las parteras y las despoja de sus estructuras simbólicas, causando que se pierdan paulatinamente las capacidades de las comunidades para realizar rituales terapéuticos en los recién nacidos y las parturientas, relegándolas a una función de acompañamiento en los procedimientos occidentales en salud.

Por otro lado, es necesario reflexionar sobre cómo son percibidos los saberes tradicionales y si es suficiente la crítica que se les ha hecho a partir de los códigos que ha estructurado la academia para no desconocer el papel que juega el orden simbólico en esas sociedades ni olvidar el sufrimiento que se puede generar si se acaban los rituales y las construcciones tradicionales de los pueblos indígenas. De igual modo, hay una hegemonía occidental que subordina a otras formas de cultura para las cuales existen espacios de resistencia que son fundamentales, ya que permiten reproducir el mundo simbólico que identifica a las diferentes culturas para que estas perduren.

Al mismo tiempo, es muy importante el debate del por qué en la academia aún permanece la tendencia marxista de mirar solo el conflicto, puesto que no solo existen conflictos como diferencias, sino también como diferendos, es decir, como desacuerdos que no se pueden resolver. Por ejemplo, en el caso de los territorios, existe, por una lado, una mirada mercantil, neoliberal y agroindustrial y, por el otro, está la perspectiva indígena con constructos diferentes, la cual no concuerda con la mirada neoliberal que pretende la explotación del territorio, aunque en la práctica dichos diferendos se resuelve con la imposición de la lógica hegemónica.

En este sentido, el desarrollo metodológico de la tesis doctoral del investigador se considera un ejercicio dialéctico que intenta encontrar la complementariedad en medio de las diferencias. La identificación de la problemática en la población se logra mediante una perspectiva sociocultural. A pesar de esto, en

dicha investigación surgió la siguiente interrogante: ¿Qué ganó la comunidad con este ejercicio? Esta se responde al observar el evidente distanciamiento de las comunidades en relación con la investigación, a pesar de que fue de gran enriquecimiento académico. Todo esto es una contraposición para el enfoque hacia la salud colectiva de la investigación, la cual debe desarrollarse con y para las comunidades. Además, el investigador debe facilitar el desarrollo de capacidades comunitarias, articularse con sus sujetos de investigación y potenciar con ellos diversos nichos de transformación.

Cabe aclarar que durante el proceso investigativo se obtuvo el apoyo de diferentes profesionales con acompañamiento político y técnico en los diferentes proyectos que surgieron de las comunidades. Dichos proyectos permitieron un diálogo de saberes entre la academia y la medicina alopática, así como entre las comunidades y su medicina tradicional, lo cual fue un gran aporte para resolver las problemáticas en salud de estas comunidades.

Por último, se hizo un llamado a reflexionar sobre la posición de la de la Universidad Nacional de Colombia y de toda la academia frente a las problemáticas que enfrentan las comunidades indígenas del país para evaluar el verdadero grado de inclusión y diálogo entre dichas comunidades, la institucionalidad y la hegemonía académica. Se empezó a discutir y fortalecer la interculturalidad y el territorio como categorías claves en la salud colectiva para orientar las acciones en salud y acercar los actores centrales del posconflicto de Colombia en un escenario de diálogo para la paz.

Como material didáctico de apoyo para el desarrollo de la investigación, se propuso una entrevista con el investigador para especificar los procesos políticos, saberes médicos tradicionales y epidemiología sociocultural del pueblo nasa, así como las capacidades de investigación desarrolladas que se han tenido en cuenta para la producción de la presente investigación (8).

REFERENCIAS

1. Bello A. Etnicidad y ciudadanía en América Latina. La acción colectiva de los pueblos indígenas. Santiago de Chile: CEPAL; 2004 [citado 28 sep 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/uarWZY>.
2. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En: Mora J. La antropología médica en México. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p. 97-114.
3. Bello A. Etnicidad y ciudadanía en América Latina. La acción colectiva de los pueblos indígenas. Santiago de Chile: CEPAL; 2004 [citado 28 sep 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/uarWZY>.
4. Consejo Regional Indígena del Cauca. Consejo Regional Indígena del Cauca: diez años de lucha, historia y documentos. *Revista Controversias*. 1981 [citado 28 sep 2017];91(2):3-26. Disponible en: <https://goo.gl/hgsuT3>.
5. Menéndez E. Epidemiología sociocultural, propuestas y posibilidades. *Región y sociedad*. 2008;10(2):3-26. <http://doi.org/cdpm>.
6. DANE. Censo Nacional de Población 2005. Proyecciones 2013; 2005 [citado 26 oct 2015]. Disponible en: goo.gl/TQzsxS.
7. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. México D.F.; 2009 [citado 14 dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/veQnRU>.
8. Edson Jair Ospina Lozano [video]. Bogotá; 2016 [citado 28 sep 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/7vvysw>.

CAPÍTULO 2

REGÍMENES POLÍTICOS E INEQUIDADES EN SALUD ORAL. UNA COMPARACIÓN ENTRE PAÍSES

Carol Cristina Guarnizo Herreño

INTRODUCCIÓN

| 41 |

Este capítulo se realizó en el Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la University College of London en Inglaterra (UCL, por su sigla en inglés), bajo la dirección de Richard Watt, George Tsakos y Aubrey Sheiham, miembros del grupo de salud oral de dicho departamento.

La UCL, al ser una institución que reúne diversas áreas del conocimiento, cuenta con varias facultades en el área de la salud, tales como la Facultad de Medicina, la Facultad de Odontología y la Facultad de Ciencias de Salud Poblacional. En esta última se encuentra el Instituto de Epidemiología y Servicios de Salud, conformado por el Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Cuenta con cerca de 170 profesores que investigan distintas áreas de la salud pública con una apuesta en común: entender los determinantes sociales de la salud y la enfermedad y explorar los mecanismos potenciales para enfrentar dichos determinantes. De igual modo, existen grupos dedicados a la investigación del cáncer, la salud de Europa Central y Europa Oriental, las encuestas de salud poblacional a nivel nacional, la equidad en salud, el curso de vida, la discapacidad y desarrollo incluyente, los estudios de psicobiología, el Estudio Whitehall y, finalmente, el grupo de salud oral, quienes realizaron la presente investigación.

El grupo de trabajo de salud oral tiene como objetivos estudiar los determinantes sociales y los patrones de las inequidades en salud oral en Reino Unido y otros países; desarrollar y evaluar acciones comunitarias para reducir dichas

inequidades, y desarrollar y evaluar medidas asociadas a la salud oral y su relación con la salud general para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Esta investigación busca aproximarse a la relación entre los factores políticos y las inequidades en salud oral, teniendo en cuenta que los determinantes más estructurales como el contexto económico y político aún son temas de los cuales se sabe poco, pese a que se han estudiado como determinantes de las inequidades en salud y han recibido atención creciente en los últimos años.

En ese sentido, el marco conceptual que motiva este análisis es la siguiente pregunta: ¿por qué puede pensarse que los aspectos políticos del Estado se relacionan con las inequidades en salud en general y en salud oral en particular?, la cual está enfocada en los determinantes sociales de la salud y la enfermedad (1,2) y en la propuesta de Vicente Navarro sobre la relación de la política y la salud (3,4).

Para responder esta pregunta, se parte de la premisa de que las políticas sociales pueden influir en la relación entre la posición socioeconómica y la disponibilidad que tienen las personas para acceder a recursos y servicios que son importantes para su salud (5,6). Y, también, se espera que el compromiso de la sociedad por alcanzar la equidad se traduzca en oportunidades de vivienda, educación y acceso a los servicios de salud, eliminando las inequidades de este último.

42 | Además, se supone que los contextos con políticas de beneficios de bienestar generosos y universales disminuyen los efectos psicosociales negativos de eventos como el desempleo, la discapacidad, el autoestima, entre otros (7). Asimismo, aumentan el sentimiento de seguridad y confianza sobre la propia vida, especialmente en personas de baja posición socioeconómica, puesto que tienen un impacto tanto en la salud mental como en la salud física de las personas.

Un ejemplo claro de esto es la enfermedad periodontal en personas sometidas a estrés crónico. Se produce a causa de situaciones adversas como el desempleo, un evento que se desencadena desde lo macro, es decir, desde la regulación del mercado laboral en los países. Por consiguiente, se espera que el contexto político concerniente al bienestar generado mediante políticas de mercado laboral, gasto en políticas sociales y cobertura del sistema de salud tengan un impacto positivo en los niveles de inequidad socioeconómica, y así se mejore el ingreso económico de los ciudadanos, sin tener en cuenta el género, la etnia o la cohesión social para que se genere un impacto positivo en su comportamiento.

EL ESTADO Y LA SALUD ORAL

Para el desarrollo de la investigación se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura enfocada en dos temas:

- Los factores políticos que tienen impacto en las inequidades en salud, especialmente en los tipos y políticas de los Estados de bienestar.
- La relación entre posición socioeconómica y salud oral basada en los estudios existentes sobre factores políticos relevantes en las inequidades en salud oral.

Para empezar, se define el concepto de Estado de bienestar y sus respectivos tipos a partir de la literatura existente. Este se refiere al papel que juega el Estado en la provisión de servicios sociales como la educación, la salud, la vivienda y la reducción de la pobreza. De manera más amplia, es una forma particular de Estado o un tipo de sociedad (8). Por otro lado, Chung y Montaner definen este concepto como una combinación de tres actores proveedores de bienes y servicios: el mercado, el Estado y la familia (9).

Según Dahl y van der Wel (10) existen los siguientes tres enfoques para tipificar los Estados de bienestar: el nivel de gasto social, la caracterización de las instituciones del Estado de bienestar y la clasificación de los Estados de bienestar en regímenes.

Asimismo, el sociólogo danés, Esping-Andersen (11), sugiere en *Los tres mundos del Estado de bienestar capitalista* que es posible agrupar los países en regímenes o tipos de Estado de bienestar, según estos tres principios:

- *El principio de comodificación*: es la medida en que los individuos y sus familias pueden mantener un nivel de vida socialmente aceptable sin depender de los salarios que reciben en el mercado laboral.
- *La estratificación social*: es el grado en que el Estado está comprometido en mantener o romper la estratificación social que crea el mercado.
- *El mix público privado*: se relaciona con el grado en que las funciones del Estado de bienestar están asignadas al Estado, al mercado o a la familia.

A partir de estos criterios, el autor asignó a cada país un puntaje, realizó análisis estadísticos de conglomerados para agrupar los países y tipificarlos y propuso tres tipos de Estado de bienestar: el liberal, el conservador y el socialdemócrata.

Posteriormente, Ferrera (12) propuso una clasificación alternativa de los Estados de bienestar: el anglosajón, el bismarkiano y el escandinavo. Además de esto, el autor agregó el Estado de bienestar de Europa meridional y el régimen adicional de Europa oriental, con lo que analizó cinco tipos de Estados de bienestar como se evidencia en la tabla 2.1.

Tabla 2.1. Tipificación de regímenes para el análisis de los Estados de bienestar.

Régimen de Estado de bienestar	Características	Países que agrupa
Liberal o anglosajón	Son países en los que los beneficios sociales que provee el Estado son limitados y están focalizados. La mayoría de beneficios están a cargo del mercado.	Reino Unido. Irlanda.
Conservador o bismarkiano	El Estado presta algunos beneficios dependiendo del ingreso económico de las personas. Sin embargo, este no se compromete a reducir las inequidades. La familia juega un papel clave en este tipo de regímenes, ya que suple aquellas funciones que no adopta el Estado.	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Países bajos y Suiza.
Socialdemócrata o escandinavo	El Estado provee beneficios universales y exhaustivos, con alto impacto redistributivo, por lo que estos países manejan impuestos altos.	Dinamarca, Finlandia y Suecia.
Estado de bienestar de Europa meridional.	En estos países se ofrecen beneficios fragmentados, el mix público-privado es fuerte y tiene un alto grado de corrupción en la asignación de subsidios.	Grecia, Italia, Portugal y España.
Estado de bienestar Europa oriental	Este régimen se ha introducido recientemente en la literatura y agrupa a los países que experimentaron cambios radicales de un Estado de bienestar comunista a la introducción del mercado y la descentralización.	República Checa, Estonia, Hungría, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia.

Los indicadores de salud más utilizados en algunas revisiones de literatura correspondientes a la comparación realizada entre los distintos Estados de bienestar de Europa y su relación con las inequidades en salud de diferentes países (7,13,14) son la salud autopercebida y las enfermedades crónicas. En estas revisiones, los resultados apuntan a que dichos Estados son mixtos, contradictorios y paradójicos. Por un lado, en estos no se evidencia un patrón consistente en las inequidades de los diferentes tipos de Estados de bienestar. Por el otro lado, aunque algunos estudios parten de la hipótesis de que los países liberales anglosajones son menos equitativos que los países socialdemócratas que presentan menos inequidades a nivel educativo, ocupacional y de ingreso, la realidad no es así.

En este sentido, la causa de que los resultados de las investigaciones sean muy diversos es la forma en la que los investigadores se aproximan a variables

como la posición socioeconómica. Esto, además, genera en ellos la incógnita de: ¿Por qué los Estados con políticas redistributivas aparecen en algunos estudios como los menos equitativos?

En cuanto al tema concreto de políticas de salud, existen numerosos estudios vinculados a los Estados de bienestar, los cuales sugieren que existe menos inequidad en países que cuentan con sistemas universales de salud (15,16), mayor gasto público en salud (17,18), menor número de copagos (19,20), menor participación del sector privado (21) y enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) presente en las políticas públicas en salud (22,23).

De esta manera, en muchos estudios seccionales y longitudinales relacionados con las inequidades socioeconómicas en salud oral muestran una asociación prospectiva entre condiciones socioeconómicas, salud oral y pocos estudios de este tipo que tomen en cuenta las políticas públicas en salud.

Relación entre inequidades socioeconómicas y salud oral

En la investigación, las comparaciones internacionales ayudan a entender cómo el nivel estructural de la sociedad se relaciona con las inequidades en salud, pues al interior de los países este tiende a ser homogéneo. Por este motivo, el objetivo general de la investigación fue examinar la relación entre las inequidades socioeconómicas en salud oral y los factores políticos, con énfasis en los regímenes de Estado de bienestar de Europa y Estados Unidos. En este texto se presentan dos partes del estudio: una referida a los países europeos y otra a la comparación entre Estados Unidos e Inglaterra.

Esquema a seguir

El esquema que permitió desarrollar las capacidades de investigación previstas en este trabajo incluye los siguientes pasos:

- Evaluar la salud oral poblacional en distintos países europeos agrupados según el Estado de bienestar. Para esto se seleccionó el edentulismo y la dentición funcional como indicador de salud oral, teniendo en cuenta el impacto de estos eventos en la calidad de vida de las personas.
- Comparar la magnitud de las inequidades socioeconómicas en salud oral en diferentes países europeos agrupados según el tipo de Estado de bienestar.
- Analizar la influencia del Estado de bienestar en la variación en salud oral en países europeos utilizando un abordaje analítico multinivel.
- Comparar la magnitud de las inequidades en salud oral entre dos países usualmente clasificados en el mismo tipo de Estado de bienestar, específicamente en Inglaterra y Estados Unidos.

La salud oral y las inequidades en los países europeos agrupados por regímenes de Estado de bienestar

Para desarrollar este trabajo, se tomaron los datos de la encuesta de salud europea que se realizó en 31 países con muestras representativas de personas mayores de 15 años en cada uno. Para la investigación solo se consideraron los 21 países europeos que estuvieran clasificados en los regímenes de Estados de bienestar anteriormente tipificados. Para esto, también se tomaron las siguientes medidas de salud oral disponibles en el muestreo de la encuesta: no tener dentición funcional (menos de 20 dientes naturales en boca); edentulismo total, y calidad de vida relacionada con la salud oral.

Además, se tuvo en cuenta la información de la encuesta realizada sobre los indicadores de posición socioeconómica:

- *Educación*: es la edad en que la persona encuestada termina la formación de tiempo completo.
- *La ocupación actual o la más reciente*: se divide en ocupación gerencial o profesional en los niveles intermedios y los trabajos rutinarios manuales.
- *El estatus social autopercebido*: para establecer este indicador se hizo una pregunta hipotética al encuestado para medir el limitante de autopercepción del estatus social de cada persona. La pregunta fue: si la sociedad fuera una escalera con diez peldaños, ¿en cuál escalón estaría ubicado usted?

Posteriormente, se realizó el análisis estadístico tomando las prevalencias de salud oral por tipo de Estado de bienestar y por los distintos niveles de posición socioeconómica. Se estandarizó por edad con el método directo de estandarización utilizando la muestra total como población estándar. Después de esto, se estimaron las razones de prevalencia con modelos de regresión en los cuales la variable dependiente era la medida de salud oral y la variable principal independiente categórica era el indicador de posición socioeconómica; ambas variables ajustadas por edad, sexo y estado civil para evaluar la significancia de la tendencia.

Por último, se hizo un análisis que consistió en estimar los índices de inequidad relativa y absoluta con base en regresiones que tienen en cuenta la distribución de la población en todas las categorías de posición socioeconómica. De este modo, el índice de inequidad relativo de la pendiente se interpretó como una razón de prevalencia, es decir, un valor mayor a uno muestra la existencia de las inequidades socioeconómicas en salud oral.

El índice absoluto se interpretó como una diferencia, es decir, una resta entre los índices de la salud oral de personas de posición social baja y los mismos índices de personas con mejor posición social: si dicha resta tiene un resultado mayor a cero, es indicador de inequidades socioeconómicas en salud

oral. En los modelos reseñados, se realizó la evaluación de las variables de interacción para comparar la magnitud de las inequidades entre los distintos tipos de Estados de bienestar.

Resultados

Las figuras 2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 que se presentan a continuación exponen los principales resultados de la investigación.

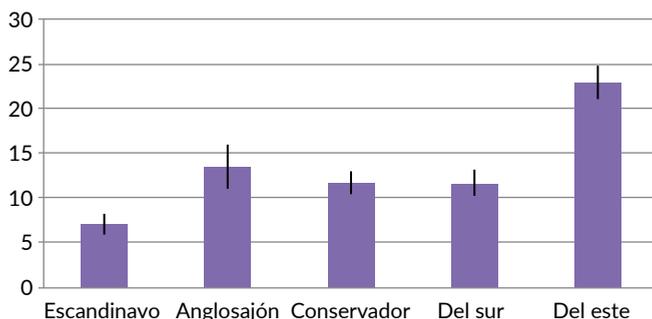
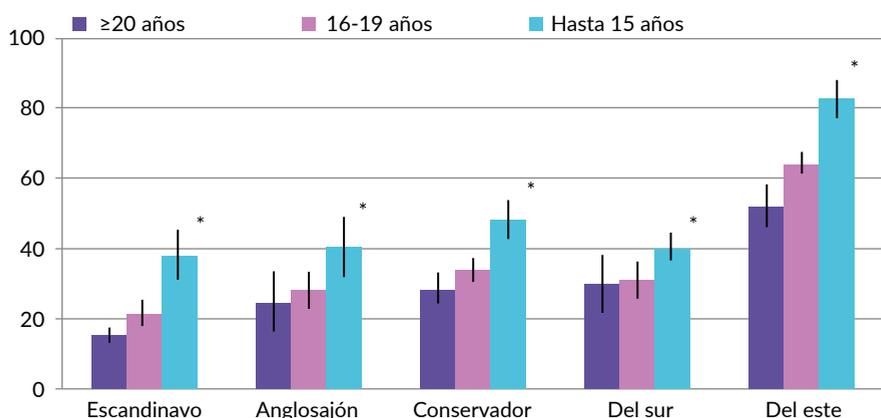


Figura 2.1. Prevalencia estandarizada de edentulismo por edad y tipo de Estado de bienestar. Fuente: adaptada de (24).

En la gráfica se puede observar que en Europa oriental existe un nivel de edentulismo significativamente más alto que en los demás regímenes de Estados de bienestar europeos. Asimismo, los países escandinavos tienen el nivel más bajo de esta dolencia con respecto a los demás regímenes que tienen un comportamiento similar.



* Valor de $p \leq 0.01$ para tendencia

Figura 2.2. Prevalencia de edentulismo estandarizado por edad, grado de formación (edad a la cual se terminó educación de tiempo completo) y tipo de Estado de bienestar. Fuente: adaptada de (25).

En esta gráfica se observa que existen gradientes de inequidad en todos los Estados de bienestar. En la medida en que alguien tiene menos años de estudio en Europa, la probabilidad de no tener dentición funcional incrementa. En estos resultados, llama la atención que en Europa Oriental las personas con mayor nivel educativo tienen peor salud oral que aquellas con un nivel educativo más bajo.

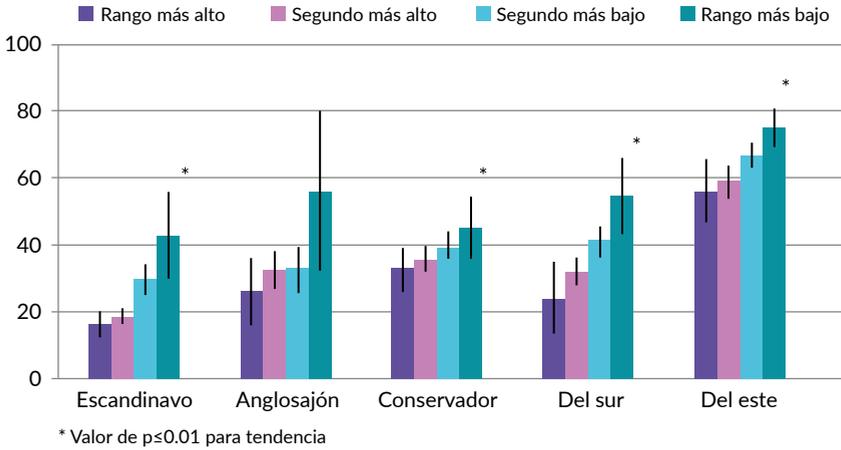


Figura 2.3. Prevalencia estandarizada de edentulismo por edad, posición social autopercibida y tipo de Estado de bienestar. Fuente: adaptada de (25).

Se observan varios gradientes, con un intervalo de confianza muy amplio, debido a que hay pocas personas en los extremos de la escala social.

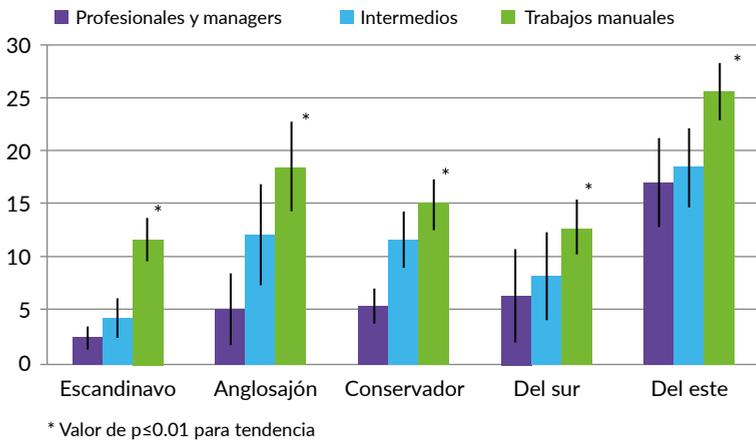


Figura 2.4. Prevalencia estandarizada de edentulismo por edad, nivel de ocupación y tipo de Estado de bienestar. Fuente: adaptada de (25).

En general, se observan gradientes en todos los Estados de bienestar, especialmente en los países escandinavos, pues tienen el nivel de inequidad más alto en salud oral entre los trabajadores manuales y las personas que ocupan una ocupación gerencial o profesional. Esto se evidencia en que la prevalencia de edentulismo es casi cuatro veces mayor en personas mayores de 45 años con nivel de ocupación más bajo en comparación con las personas con niveles de ocupación alto.

Al revisar y comparar los índices previamente mencionados, se encontró que hay inequidades en los cinco tipos de Estado de bienestar en relación con la educación, la ocupación y el nivel social autopercebido. En cuanto mayor sea el índice de edentulismo y menor sea el nivel educativo menor será la categoría ocupacional y el rango en la posición social autopercebida de la población.

En sintonía con algunos estudios, se evidenció que los países escandinavos presentan los índices más altos de inequidad, pues estas sociedades son meritocráticas: allí el nivel educativo y la trayectoria profesional de una persona favorecen potencialmente su ascenso en la escala social. A pesar de esto y a que no hay lugar para todas las personas en las posiciones sociales más altas, se generan sentimientos de frustración de la comunidad, los cuales tienen efectos deletéreos en la salud oral.

Los resultados indican que la condición socioeconómica es determinante en la condición de salud oral en todos los contextos. Aunque se esperaría que las inequidades en salud fueran menores en aquellos Estados de bienestar fuertes, el estudio evidenció que no necesariamente es así, ya que las inequidades reportadas en estos contextos son excesivamente altas (26). En este caso, las diferencias por ocupación y por estatus social autopercebidos fueron significativas: en Europa Oriental las inequidades son mayores que en el Estado bismarckiano, pues este último mostró las menores inequidades por categoría ocupacional para el indicador de edentulismo.

De acuerdo al Estado de salud autopercebido, las mayores inequidades se encuentran en los países de Europa Meridional. Esto puede estar relacionado con un tema cultural y de autopercepción, ya que los anglosajones fueron los que reportaron las menores inequidades con respecto a este tipo de Estado.

Por otra parte, para la variable edentulismo respecto de la variable educación se encontró que existen mayores inequidades relativas a Europa meridional en relación con las de Europa Oriental, debido a que en la primera, los tres niveles educativos tienen altos niveles de edentulismo. De igual forma, por ocupación, los Estados escandinavos muestran un índice de inequidad más alto que los de Europa Oriental.

Conclusiones parciales: Europa

Pese a que en general existe una mejor salud oral en los países escandinavos, las inequidades no son las más bajas. Hay gradientes sociales en salud oral en todos los Estados de bienestar y, contrario a lo que se espera, las inequidades socioeconómicas en salud oral no fueron menores en los Estados de bienestar socialdemócratas o escandinavos.

Esta situación se puede deber a la existencia de una deprivación relativa de las expectativas de alta movilidad social que no siempre se cumplen y al impacto de esa frustración, pues puede tener efectos negativos en la salud oral. Existen varios estudios que muestran que los países escandinavos tienen inequidades más altas que otros, las cuales están relacionadas con ciertos comportamientos asociados a la salud. El ejemplo clásico es el tabaquismo, que se encuentra concentrado en poblaciones con menores categorías ocupacionales y bajos niveles educativos o de ingresos. Una explicación válida para este fenómeno es la que supone que algunas estrategias de promoción y prevención profundizan las inequidades en los comportamientos en salud por el lenguaje que utilizan dichas campañas, sus estrategias y el manejo que le dan los medios de comunicación. Debido a esto, estas campañas son más accesibles para las personas con mayor nivel educativo.

50 | A lo largo de la investigación, también se evidenció que la inmigración puede explicar este fenómeno. Los inmigrantes que se encuentran en países escandinavos inicialmente no tienen derecho a todos los beneficios del Estado de bienestar, puesto que para adquirirlos primero deben cumplir algunos requisitos que llevan tiempo.

Otra posible explicación tiene que ver con las inequidades en el acceso a los servicios de salud oral. En muchos países la odontología no está integrada a los sistemas de salud general, por lo que existe una oferta privada a la que solo pueden acceder personas con alta capacidad de pago. Los factores psicosociales como el estrés crónico y la baja autoestima están polarizados de acuerdo a la posición socioeconómica en los países escandinavos, lo cual explica los hallazgos paradójicos encontrados en salud oral.

Limitaciones del estudio

En el desarrollo de la investigación existieron diferentes limitantes para el estudio, las principales fueron:

- Los países con distintas poblaciones tuvieron muestras similares en las encuestas.
- Las medidas fueron autoreportadas.

- No existe un acuerdo académico sobre una única tipología de Estados de bienestar.

COMPARACIÓN ENTRE ESTADOS UNIDOS E INGLATERRA

Se realizó una comparación de la situación de la salud oral y la magnitud de inequidades en salud oral entre Inglaterra y Estados Unidos. Estos países son clasificados en el mismo tipo de Estado de bienestar, pero con diferencias importantes en el sistema de salud. Las fuentes de información fueron dos encuestas nacionales de salud oral: para Inglaterra se utilizó la última encuesta de salud oral para adultos del 2009 y para Estados Unidos se utilizó la encuesta anual Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES, por su sigla en inglés) de 2005-2006 y de 2007-2008. Esta última se escogió porque incluía información comparable con la encuesta realizada en Inglaterra y era la más cercana en el tiempo con la misma. Para el análisis de dichos recursos solo se tomaron los datos de las personas mayores 25 años, porque una de las variables de interés era el nivel educativo máximo alcanzado. Se tomaron los datos hasta esta edad, ya que según el reporte de ambos gobiernos, este es el promedio de edad para la culminación de estudios universitarios, que fue el máximo nivel que se tuvo en cuenta para el estudio.

Para realizar el análisis de los datos completos, se tomaron variables subjetivas y variables clínicas que fueran comparables. La variable clínica que se tomó fue el número de dientes faltantes. Las variables subjetivas fueron la salud oral autopercebida y los impactos de salud oral sobre calidad de vida. Para esta parte del análisis se usaron los niveles educativos altos (nivel universitario o mayor), medio (secundaria) y bajo (ningún título).

Para este análisis también se tuvieron en cuenta otras variables como la edad, el género, el estado civil y la etnia de los encuestados. La estructura de análisis que se utilizó fue similar a la anteriormente descrita para la comparación de los Estados de bienestar, es decir, se hizo el análisis a partir de las prevalencias estandarizadas por edad, razones de prevalencia y estimación de los índices de inequidad relativa y absoluta ajustando por covariables.

Resultados

En términos de salud oral, los resultados fueron relativamente similares a los de la salud oral autopercebida. Para la variable de número de dientes perdidos, los resultados fueron más altos para Estados Unidos. Para la variable de impactos en salud oral, Inglaterra tuvo un nivel un poco más alto, aunque la diferencia entre los dos países no fue significativa.

En cuanto a la variable de nivel educativo, aunque existen gradientes en los dos, para Estados Unidos fueron mucho más marcadas que para Inglaterra, especialmente las correspondientes a la variable de salud oral autopercibida. Por otro lado, el índice relativo de inequidad por ingreso indica que existen inequidades en todas las medidas de salud oral, pero tiene niveles de inequidades más altos Estados Unidos.

Las inequidades más altas que se reportaron en esta comparación fueron las de los más jóvenes. Los jóvenes que viven en Estados Unidos tienen unos niveles de inequidad muy altos. La explicación para esto puede encontrarse en que los jóvenes tienen mayores dificultades para ingresar al mercado laboral y, por ende, la capacidad de adquirir seguros de salud es baja.

Las limitación que se tuvo en cuenta para realizar este análisis fue la comparabilidad de las encuestas, mientras que las fortalezas de la investigación expuestas en su desarrollo fueron la comparación de inequidades de salud oral entre estos dos países con muestras representativas y la utilización de indicadores clínicos y subjetivos.

Los resultados, en términos de la comparación de la magnitud de las inequidades, soportan el importante rol del sistema de salud. Los servicios de salud oral en Inglaterra tienen mayor cobertura por parte del sistema de salud mientras que en Estados Unidos los servicios de salud oral son totalmente privados. Esto indica que hay mayores inequidades en las personas jóvenes en las cuales se tendría que profundizar (27).

En la tabla 2.2 se presenta un resumen de los aspectos más relevantes de esta investigación doctoral y en la figura 2.5, un registro fotográfico del seminario profesoral sobre Investigación en Salud Colectiva, realizado por el Departamento de Salud Colectiva, en el año 2016.

Tabla 2.2. Claves de la investigación.

Enfoque teórico y metodológico	Herramientas metodológicas usadas	Aportes	Limitaciones
Economía política de la salud y epidemiología social	Uso de tipologías de Estados de bienestar (desde la ciencia política). Prevalencias estandarizadas por edad. Modelos de regresión multivariados. Índices de inequidad (absoluta y relativa). Análisis multinivel.	Estos análisis muestran que los factores políticos tienen relaciones significativas con la salud oral poblacional y los patrones de inequidades en salud oral.	Los países con distintas poblaciones tuvieron muestras similares en las encuestas. Las medidas fueron autoreportadas. No existe un acuerdo académico sobre una única tipología de Estados de bienestar.



Figura 2.5. Exposición y debate de la investigación de Carol Guarnizo Herreño en el seminario profesoral.

Discusión

La percepción que tienen las personas con estudios superiores de subir en la escala social produce un impacto en la salud en general, especialmente en la salud oral, dado que esta tiene componentes de hábito, adherencia y manejo de estrés. A partir de esto, es posible entender por qué los países escandinavos tienen mejores condiciones de vida si estos presentan mayores inequidades en salud oral causadas por la dependencia de dicha área hacia condiciones posicionales en un contexto del Estado de bienestar fuerte.

Otro elemento que debe considerarse al evaluar las inequidades en salud oral es el desarrollo e introducción de la tecnología en los servicios odontológicos, que solo son accesibles a la capa de población con mayor capacidad de pago, particularmente en Estados con sistemas de salud no regulados. En este sentido, es importante tener en cuenta el nivel de consumo respecto al estatus social y su posición en el mercado laboral.

También es importante reconocer que dentro de los resultados leídos desde la interacción internivel, en donde se evidencia que generalmente existe un mejor estado de salud oral en los países escandinavos, se atenúa un poco el juicio de inequidad que sale como resultado grande del estudio. A partir de esto, se puede afirmar que sí existe una mayor inequidad interna en estos países en comparación con los demás Estados de bienestar, ya que existen logros importantes en el mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida de todos los habitantes de dichos Estados.

Respecto al impacto que tiene la salud oral en la calidad de vida de las personas, existen estudios que muestran que las personas que no usan prótesis parciales

tienen mejor calidad de vida, debido a la mala calidad de las mismas. Estos hallazgos permitieron concluir que la intervención que realiza el profesional en odontología no mejora; por el contrario, empeora el problema que se intenta resolver para aumentar la calidad de vida. Esta situación solo mejoraba cuando las prótesis las realizaba un especialista en rehabilitación oral, lo cual generaba cuestionamientos en torno a la baja calidad de los trabajos realizados por los profesionales en odontología general que no salían con una formación idónea de sus universidades.

En Colombia, estos estudios aún no han sido desarrollados, por lo que adelantarlos sería una propuesta interesante. Esto generaría nuevas preguntas en torno a la subjetivización de la estructura social o en torno a la mezcla del capital social y el capital económico, lo cual determinaría las condiciones particulares en salud oral del país.

Adicionalmente, este es un estudio que plantea la necesidad de realizar una adaptación de los índices de salud oral relacionados con calidad de vida, los cuales deberían ser parte de las encuestas nacionales de salud oral.

En este sentido, también es importante reconocer el potencial que tienen estos análisis para ser articulados con estudios de la salud colectiva y la determinación social, pues permiten identificar posibles preguntas de investigación, nuevas categorías de análisis y capacidades de investigación. Uno de los mayores aportes de esta investigación es que evidencia cómo los tipos de Estados, la educación, los sistemas de salud y las condiciones socioeconómicas tienen un impacto real en las condiciones de salud oral, lo cual permite generar una reflexión de la realidad colombiana que tiene muchas falencias sistemáticamente invisibilizadas en todos estos indicadores. Por todo lo anterior, si un estudio como este es aplicado en Colombia, permitiría complementar las investigaciones que se adelantan desde otras perspectivas.

Asimismo, respecto al contenido de la investigación, se resalta el abordaje que hace el estudio del impacto que tienen las condiciones de desarrollo institucional y sociopolítico en la salud oral, lo cual permite pensar que las posiciones que plantean que las condiciones de salud oral son un asunto netamente biológico e individual. Otro aporte importante es la discusión relacionada con los tipos de Estados de bienestar, que ahora en su etapa de desmonte han dado lugar a que las expresiones neoliberales tomen curso, como es el caso de las inequidades, que han venido documentándose desde la década de 1960.

De igual forma, este estudio muestra claramente cómo a pesar de que existe una diversidad en los Estados de bienestar capitalistas, a todos subyacen problemas en la gestión de la política social, incluso en los Estados más redistributivos. Esto es importante al momento de pensar en políticas sociales en pro de la equidad, porque cuando se privilegia la igualdad, pero se relega la salud oral se tiende a masificar los servicios odontológicos de mala calidad y se naturaliza esa situación. Esto genera resultados negativos a mediano y largo plazo, ya que indiscutiblemente las acciones de política moldean los comportamientos

en salud de las personas. En este sentido, uno puede tener sistemas de salud universales pero de calidad mediocre, extendiendo así la mediocridad.

En el contexto latinoamericano es necesario plantear un proyecto socialista en otras condiciones para universalizar los sistemas de salud bajo criterios de calidad. También es importante tener en cuenta que muchos de estos Estados explorados en el estudio están en un momento de transición en donde se desmontan muchas políticas sociales y se abre paso a la liberalización de la economía, lo que puede estar influyendo en los datos recopilados.

Igualmente, se debe resaltar la importancia de este trabajo por ser un acercamiento a los planteamientos metodológicos de la academia europea, latinoamericana y, particularmente, colombiana, los cuales se proponen como insumos o aportes en el abordaje de las problemáticas locales, sin perder de vista las particularidades y los contextos sociohistóricos de nuestras comunidades. En este sentido, se reconoce que es importante introducir y apropiar modelos epidemiológicos con una alta rigurosidad, siempre y cuando se tenga claridad sobre los problemas que se quieren resolver.

CONCLUSIONES

Finalmente, es necesario explorar detalladamente las herramientas teóricas y metodológicas de las ciencias políticas para introducirlas en el análisis de problemáticas en salud, para desarrollar un trabajo interdisciplinario que permita avanzar en el desarrollo de capacidades de investigación próximas a las ciencias sociales y de la salud. Todo esto debe hacerse mediante el planteamiento de objetivos complejos y preguntas referidas a la superación de inequidades sociales y de salud.

Por último, como material de apoyo se ha dispuesto una entrevista de la profesora Carol Guarnizo, en la cual explica la presente investigación (28).

REFERENCIAS

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010 [citado 6 oct 2017]. Disponible en: goo.gl/miH7Bc.
2. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health; 2008 [citado 6 oct 2017]. Disponible en: goo.gl/XQ5imn.
3. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodriguez-Sanz M, *et al*. Politics and health outcomes. *Lancet*. 2006;368(9540):133-7. <http://doi.org/cw6q4n>.
4. Borrell C, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, Burstrom B, Muntaner C, Pasarin M I, *et al*. Analyzing differences in the magnitude of socioeconomic inequalities in self perceived health by countries of different political tradition in Europe. *Int J Health Serv*. 2009;39(2):321-41. <http://doi.org/d55drf>.
5. Olafsdottir S. Fundamental causes of health disparities: stratification, the welfare state, and health in the United States and Iceland. *J Health Soc Behav*. 2007;48(3):239-53. <http://doi.org/fj2zn8>.
6. Eikemo T A, Bambra C, Judge K, Ringdal K. Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2008;66(11):2281-95. <http://doi.org/d64gwg>
7. Dahl E, Fritzell J, Lahelma E, Martikainen P, Kuis A E, Mackenbach J P. Welfare state regimes and health inequalities. En: Sigerist J, Marmot M G, editores. Social inequalities in health: new evidence and policy implications. New York: Oxford University Press; 2006; p. 193-221. <http://doi.org/dxn59j>.
8. Bambra C, Fox D, Scott-Samuel A. A politics of health glossary. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(7):571-4. <http://doi.org/bs8j9m>.
9. Chung H, Muntaner C. Welfare regime types and global health: an emerging challenge. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(4):282-3. <http://doi.org/cwwvbv>.
10. Dahl E, Van der Wel KA. Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. *Soc Sci Med*. 2013;81:60-99. <http://doi.org/f4s75w>.
11. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity press; 1990.
12. Ferrera M. The 'southern model' of welfare in social Europe. *J Eur Soc Policy*. 1996;6(1):17-37. <http://doi.org/fk8wcc>.
13. Brennenstuhl S, Quesnel-Vallée A, McDonough P. Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(5):397-409. <http://doi.org/dntqtv>.
14. Bergqvist K, Yngwe MA, Lundberg O. Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities - an analytical review. *BMC Public Health*. 2013;13:1234. <http://doi.org/f2z6c3>.

15. Kunitz SJ, Pesis-Katz I. Mortality of white Americans, African Americans, and Canadians: the causes and consequences for health of welfare state institutions and policies. *Milbank Q.* 2005;83(1):5-39. <http://doi.org/fqnkpp>.
16. Muntaner C, Salazar RM, Benach J, Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv.* 2006;36(4):803-11. <http://doi.org/brgrng>.
17. Houweling TA, Caspar AE, Looman WN, Mackenbach JP. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *Int J Epidemiol.* 2005;34(6):1257-65. <http://doi.org/ccnwks>.
18. Houweling TA, Kunst AE, Borsboom G, Mackenbach JP. Mortality inequalities in times of economic growth: time trends in socioeconomic and regional inequalities in under 5 mortality in Indonesia, 1982-1997. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60(1):62-8. <http://doi.org/ccnwks>.
19. Mackenbach JP. An analysis of the role of health care in reducing socioeconomic inequalities in health: the case of the Netherlands. *Int J Health Serv.* 2003;33(3):523-41. <http://doi.org/b7tkrz>.
20. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging Inequity through Health Systems. Final Report Knowledge Network on Health Systems. Who commission on the social determinants of health. Institucional. Geneva: World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health; 2007 [citado 6 oct 2017]. Disponible en: goo.gl/pBi9Bj.
21. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM, Muntaner C. Beyond Rose's strategies: a typology of scenarios of policy impact on population health and health inequalities. *Int J Health Serv.* 2011;41(1):1-9. <http://doi.org/dd4fh6>.
22. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res.* 2002;37(3):529-50. <http://doi.org/dgc95s>.
23. Macinko JA, Shi L, Starfield B. Wage inequality, the health system, and infant mortality in wealthy industrialized countries, 1970-1996. *Soc Sci Med.* 2004;58(2):279-92. <http://doi.org/ffswd4>.
24. Guarnizo CC, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. Oral health and welfare state regimes: a cross-national analysis of European countries. *Eur J Oral Sci.* 2013;121(3Pt1):169-75. <http://doi.org/gbc3sb>.
25. Guarnizo CC, Watt RG, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health.* 2013; 67(9):728-35. <http://doi.org/f47rww>.
26. Guarnizo C, Watt RG, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Inequalities in oral impacts and welfare regimes: analysis of 21 European countries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(6):517-25. <http://doi.org/cd3w>.
27. Guarnizo CC, Tsakos G, Sheiham A, Marmot MG, Kawachi I, Watt RG. Austin Powers bites back: a cross sectional comparison of US and English national oral health surveys. *BMJ.* 2015;351:h6543. <http://doi.org/cd3x>.
28. Carol Guarnizo Herreño [video]. Bogotá; 2016 [citado 6 oct 2017]. Disponible en: goo.gl/zjzGvc.

CAPÍTULO 3

EMBARAZO ADOLESCENTE EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD Y CAMBIO SOCIAL

Rafael Antonio Malagón Oviedo

INTRODUCCIÓN

El propósito de este texto es presentar de manera sucinta aspectos relevantes de una investigación sobre embarazo adolescente en condiciones de vulnerabilidad realizada en la localidad de San Cristobal, Bogotá entre 2014-2015. En los enfoques derivados principalmente de la epidemiología del riesgo y la fenomenología, una literatura prolífica se agrupa tras cuatro décadas de discusión en el seno de urdimbres complejas que relacionan investigadores, instituciones internacionales y agencias locales, todas empeñadas en mostrar las «graves consecuencias» del embarazo a temprana edad, pero descuidando los contextos locales, en los que se esconden pistas significativas para reinterpretar el fenómeno. Vale decir que la posibilidad de ir más allá de los comportamientos riesgosos, relacionados con la lógica clásica de la exposición e identificación de factores de riesgo, requiere comprometer la mirada con una perspectiva procesual y holística que informe sobre la existencia de exclusiones e inequidades colectivas e individuales que operan sobre territorios específicos y que desvelan mecanismos sociales implicados en la producción y reproducción prolongada de este evento.

Explicar por qué los profesionales de la odontología se implican en este tipo de problemas «ajenos a su campo» no es tarea fácil. Hay varios motivos, quizás el más importante, es que en la odontología, desde hace cerca de una década, se viene operando una recomposición del campo, no exenta de conflictos, en la que se evidencia que los problemas de salud bucal deben ser

leídos en el marco del proceso vital y los proyectos de vida de los individuos y colectivos. Esta apertura ha permitido ampliar los ámbitos de reflexión y construir un horizonte de sentido compartido, en lo que ya se reconoce como campo de la sc. Asimismo, esta descentralización ha permitido introducir nuevos enfoques y nuevas perspectivas a la hora de leer los problemas de salud oral. Del mismo modo, aproximar la reflexión de los profesionales de dicha área a las problemáticas de los adolescentes, sin lugar a duda, aporta una relocalización del compromiso profesional con la salud de los colectivos, sin abandonar su objeto de estudio.

Las ciencias sociales han contribuido al campo de la salud de manera importante en las últimas décadas. Los desarrollos teóricos y metodológicos de estas ciencias permiten entender de forma más compleja y completa los problemas en salud. En el campo de la salud, particularmente en la sc, las ciencias sociales han sido poco exploradas, pues en ocasiones chocan con la lógica intervencionista y operacional, propia de su modelo biomédico. En varias ocasiones se privilegian estudios cortos y transversales, los que se aplican sin conocer con suficiencia los dispositivos y los mecanismos sociales que explican la producción y reproducción de los eventos en salud, así como sus transformaciones.

Respecto a la ausencia de las ciencias sociales en el campo de la salud, este trabajo pretende ubicar los dispositivos y mecanismos sociales que explican los procesos de producción y reproducción de un fenómeno como el embarazo adolescente, en unos escenarios particulares.

Embarazo adolescente hoy

El embarazo adolescente en América Latina se considera un fenómeno persistente y prolongado. En la década de 1980 se pensaba que si se mejoraban las condiciones laborales y educativas de las mujeres, aquellos eventos disminuirían. Sin embargo, aunque hoy las mujeres tienen más oportunidades laborales y un mayor nivel educativo, el fenómeno se mantiene en niveles considerados altos (1).

El embarazo adolescente se presenta en toda la población, en especial en aquella con menor nivel educativo, en áreas rurales y urbanas y en sectores de exclusión y segregación socioespacial. Existe una geografía del fenómeno, que sirve de entrada a la reflexión que se presenta más adelante (2).

Sin duda, los nuevos desempeños socialmente esperados; la prolongación de la juventud ligada a las complejidades propias de los procesos de modernización de la esfera económica, política y social y sus efectos en los ciclos de formación; las presiones originadas en el movimiento feminista, y el desarrollo moral de las sociedades contemporáneas han incidido en que el embarazo sea considerado como un evento indeseable en etapas tempranas de la vida. Asimismo, en el campo de la salud pública se han aportado evidencias sobre los riesgos psicosociales y biológicos para la madre adolescente y su bebé.

Explicaciones

Una revisión sistemática exhaustiva permite relacionar las principales conjeturas que se han elaborado sobre el embarazo adolescente a lo largo de tres o cuatro décadas:

- El embarazo adolescente es indeseable porque trae riesgos biológicos, sociales y económicos tanto para la madre como para el bebe, por lo tanto, se considera como un problema de salud pública
- El embarazo afecta negativamente el desarrollo de la adolescencia.
- Este fenómeno se considera como un problema derivado de la transición demográfica.
- Es un problema de sociedades atrasadas en donde la modernidad ha llegado de manera incipiente. Se espera que cuando se logren niveles altos de modernidad, los jóvenes sean más racionales, controlen mejor sus emociones y sepan utilizar adecuadamente los métodos anticonceptivos.
- Es un problema causado por la liberación sexual. Este proceso no fue acompañado adecuadamente con una reflexión sistemática sobre valores, enfoques de género y roles sexuales adecuados. Por tanto, hay que educar y modificar los patrones sexuales y del enamoramiento, pues se considera que la manera de amar de los adolescentes no es del todo responsable.
- No es un fenómeno determinístico. Existen demasiadas variables involucradas y, por tanto, se entiende que es un fenómeno que tiende a naturalizarse.

Estos supuestos involucran valoraciones éticas, morales y aproximaciones conceptuales sobre la manera como se entiende el embarazo adolescente. Tales conjeturas se derivan de los enfoques de riesgo derivados de la epidemiología clásica y de enfoques fenomenológicos, los cuales corresponden a aproximaciones no históricas y sin contexto local de referencia, en atención a un evento, como este de la sexualidad, profundamente condicionado por aspectos culturales y los contextos de vida de los agentes involucrados.

En consecuencia, se pueden considerar varias críticas a estos enfoques:

- Los estudios basados en enfoques de las ciencias sociales (etnografía, psicología, ecología social, psicoanálisis) revelan que el embarazo en estas edades también tiene funciones positivas: mayor disciplina laboral, la afirmación de una identidad adulta y la protección de la niña en entornos inseguros (3-5).
- Los procesos de modernización dirigidos a mejorar las oportunidades para las adolescentes no han incidido en la contención del fenómeno.

- Los supuestos de la adolescencia como etapa caótica y apenas de transición sobre el ejercicio irresponsable de la sexualidad, la presencia de ideaciones románticas y carencias afectivas, entre otros, son preconceptos y valores que se anidan en los supuestos teóricos que llevan al embarazo (6-8).
- En consonancia con lo anterior, las aproximaciones que ofrece la epidemiología clásica, fundamentada en el individualismo metodológico, la introducción de variables referidas a factores discretos y aislados y el énfasis diacrónico ofrecen una mirada limitada de un evento tan complejo como el del embarazo adolescente. En muchos casos, esta visión se acompaña de modelos basados en elecciones racionales para explicar aspectos críticos. Dos ejemplos de esto son los siguientes: (a) las niñas consideran el embarazo como una forma de maximizar los subsidios ofrecidos por el Estado. (b) Mejorar las condiciones laborales y educativas pueden persuadir a las adolescentes de postergar su maternidad.

La vulnerabilidad como categoría analítica

Buscar alternativas analíticas a las convencionales es una apuesta no solo conceptual, sino ético-política. Las lecturas del embarazo adolescente, ancladas en los constructos metodológicos de la epidemiología y la fenomenología acrítica, son funcionales respecto al control del cuerpo y a la sexualidad de las adolescentes, y parten del corolario contemporáneo de la biopolítica moderna, orientada por una economía de la especie (9).

La vulnerabilidad puede considerarse como una alternativa a la lectura del riesgo. No es su antípoda, pero por contrapartida se ocupa por identificar posibilidades para que emerja un evento en salud. En lugar de orientarse por una pretensión analítica, como ocurre con la epidemiología del riesgo, se orienta de forma sintética, es decir, el conjunto de aspectos o dimensiones que explican la ocurrencia de un fenómeno (10).

El concepto de vulnerabilidad es polisémico. Diferentes campos, como la economía, las ciencias ambientales, la ingeniería, la informática, la medicina, entre otros, lo usan para aludir a objetos y referentes distintos. Sin embargo, su ingreso al campo la salud pública tiene una historia bien conocida. En la década de 1980, esta categoría se introdujo en la arena científico-política, relacionada con el VIH/sida. Hasta ese momento, los estudios sobre la pandemia se centraban en comportamientos individuales bajo la lógica de prácticas de riesgo o entusiasmaban posturas estigmatizadoras al vincular estos eventos con la idea de grupos de riesgo. En otros casos, se desatendían los contextos y las condiciones de vulnerabilidad que tenían mayor poder de explicación frente al fenómeno y a la manera como este se extendía. Los comportamientos y las actitudes están determinadas por una constelación de elementos que generalmente son el resultado de la vulneración de derechos y el deterioro de la

calidad de la vida, y no únicamente la expresión de una intención o propósito individual. De esta manera, la evaluación de las condiciones de vulnerabilidad permitió abrir la frontera de lo individual para reconocer que había otras dimensiones que explicaban trayectorias que incidían en el contagio del VIH (11).

La vulnerabilidad: hacia una lectura procesual

En este texto no se presentan condiciones para un análisis exhaustivo de la categoría de vulnerabilidad (12). Sin embargo, es importante revisar algunos esfuerzos dirigidos a especificar el potencial de esta categoría en el debate en salud. En la década pasada, se registró un ejercicio sistemático por estudiarla, más allá de su capacidad heurística y de su polisemia o, precisamente, por estas características. Autores como Ayres *et al.* (10), Delor y Hubert (13) y Ayres (14) introdujeron elementos novedosos que ayudan a precisar y operar sus alcances. Los primeros autores, en un intento por comprender el lugar de la categoría en las discusiones sobre el VIH, señalaron la necesidad de clarificarlo conceptualmente y determinar su relevancia práctica. De acuerdo a esto, se definen tres niveles interrelacionados: el primero, relativo a las trayectorias sociales de los individuos; el segundo, concerniente a la intersección entre dos o más trayectorias, y el tercero, referente al contexto social que regula normativamente las trayectorias de los individuos y explican vulnerabilidades que llevan al contagio.

La preocupación de Ayres *et al.* se instaló en un escenario distinto al de las pandemias, pero su orientación se nutrió de esas reflexiones. La discusión propuso el reconocimiento de las potencialidades de una categoría que encontró antecedentes en las coordenadas de susceptibilidad y exposición, de cara al discurso de la epidemiología del riesgo, pero que se presentó como alternativa no excluyente a la lectura del riesgo epidemiológico. En este caso, el estudio de vulnerabilidad propone una aproximación hermenéutica y pragmática que integra tres dimensiones: una individual, relacionada con los conocimientos, las prácticas y las actitudes vinculadas a la acción; una social, relativa a las condiciones de vida y el ejercicio de derechos, que inciden sobre las lógicas de acción de los individuos, y una programática, relativa a la capacidad organizacional y operativa de los servicios de salud.

Tanto los desarrollos de Delor y Hubert y los de Ayres *et al.* son significativos por especificar dimensiones y aspectos, objetivos o subjetivos, que informan sobre condiciones de vulnerabilidad que explican actitudes y comportamientos de salud. Sin embargo, el énfasis diacrónico del análisis; la ausencia de una lectura explícita de las estructuras de poder-saber; la centralidad dada a los conocimientos-actitudes-comportamientos individuales, y la dualidad individuo-estructura presente en su modelo analítico se constituyen en limitaciones a la hora de entender el orden procesual de la vulnerabilidad.

Si la vulnerabilidad alude a la existencia de condiciones específicas como los diseños institucionales, los conocimientos, las prácticas y las condiciones de vida, las cuales limitan capacidades en los individuos y colectivos para enfrentar condiciones adversas, ¿por qué se producen y reproducen, incluyendo las propias maneras de representar, experimentar y significar el mundo? ¿Por qué los aspectos biológicos, existenciales y sociales se interrelacionan, reproduciendo situaciones de vulnerabilidad? ¿Cómo las condiciones de vulnerabilidad condicionan trayectorias que llevan al embarazo adolescente? Esta última pregunta, que orientó el trabajo de investigación, se propuso para superar las lecturas dominantes alrededor de este problema, las cuales parten principalmente de valorar los comportamientos adolescentes. La idea era darle vuelta al problema y orientar la pregunta sobre el mundo adolescente y su sexualidad, en espacios sociales de vulnerabilidad.

El desafío, en lo expuesto hasta aquí, no se limitaba solo a mirar el mundo adolescente. El desafío mayor era el de construir una perspectiva procesual de la vulnerabilidad: entender el orden sistémico que la produce, involucrando al propio individuo y su subjetividad, y develar los mecanismos sociales que explican su reproducción, en territorios en los que el fenómeno del embarazo adolescente es persistente y prolongado.

La orientación del texto exige cierto pragmatismo expositivo, por esa razón solo se tratarán los aspectos más relevantes de esta perspectiva.

Es necesario relacionar la perspectiva sincrónica de la vulnerabilidad, con una perspectiva diacrónica y procesual, que informe sobre su orden histórico y su configuración. De acuerdo con Elias (15), los fenómenos sociales son interdependientes y sometidos a determinaciones recíprocas. Por tanto, las vulnerabilidades sociales experimentadas en los mundos adolescentes se corresponden con interrelaciones integradas en un orden sistémico de interdependencia recíproca, de la cual forman parte los individuos, con sus emociones, percepciones y significados. Bajo estas consideraciones, el interés no solo se trata de reconocer y describir las diferentes dimensiones involucradas en la vulnerabilidad, sino en reconocer los dispositivos y mecanismos sociales que las explican. De esta manera, se supera la oposición individuo-sociedad, que caracteriza tanto a los enfoques epidemiológicos como a las posturas estructuralistas y críticas de la determinación social. Para este caso, los adolescentes no representan una realidad exterior al orden sistémico e interdependiente de la vulnerabilidad, sino a una de sus expresiones; por lo tanto, la orientación bioemocional, representacional y de significación de los adolescentes se condiciona por complejas interrelaciones interdependientes.

Por otra parte, la vulnerabilidad es relacional y situada y, por tanto, las capacidades en menoscabo de individuos y colectivos que la afrontan no se pueden representar adecuadamente como un equilibrio mecánico de fuerzas: vulnerabilidad-capacidad; por el contrario, se trata de estudiar interrelaciones

recíprocas complejas expresas en las relaciones sociales, que, como verdaderos dispositivos y mecanismos sociales, reproducen esas situaciones. De allí, emergen paradojas en aquella configuración interdependiente.

Por último, una mirada procesual de la vulnerabilidad debe comprometerse también con el estudio de los cambios sociales, concretados en la aparición de nuevos predicados y expresiones reflexivas, que tienden a modificar el *habitus* o las rutinas sociales. Se trata de relacionar la estructura y la agencia como dos aspectos de la misma realidad, entendiendo, como afirma Giddens (16), que parte de la estructura se expresa y actualiza en las prácticas sociales y sus rutinas. Aquella estructura no es otra cosa que la interrelación interdependiente de individuos situados en distintos niveles de la realidad, en función de una estructura de poder.

Algunas aproximaciones contextuales, metodológicas y de resultados

La localidad de San Cristóbal en Bogotá tiene, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane), alrededor de 406 000 mil personas. Esta localidad es la segunda con mayor expulsión de población, pero al mismo tiempo la que presenta mayor densificación urbana en Bogotá. Históricamente, constituye el sur de la Ciudad, en donde se ubicaron trabajadores, obreros, desempleados y marginados desde los inicios del siglo xx. Por su cercanía al oriente, fue una de las localidades que más personas desplazadas recibió en las últimas tres décadas. Esta localidad presentó el mayor porcentaje de adolescentes en embarazo en la última Encuesta Distrital de Demografía y Salud en el 2011 (17).

Herramientas y aspectos metodológicos

Para el abordaje al mundo adolescente, se realizaron conversaciones abiertas con adolescentes de cuatro colegios de la localidad: dos en la parte baja y dos en la alta, estos últimos ubicados en territorios con peores condiciones socioeconómicas y escasa oferta institucional. Adicionalmente, se desarrollaron entrevistas a rectores y orientadoras de los colegios, charlas informales con padres de familia y 16 talleres de teatro bajo la modalidad del Impro, que consistían en recrear la fiesta, un tipo de encuentro característico de los jóvenes del sector.

Adicionalmente, para el reconocimiento de las trayectorias que llevan al embarazo adolescente se realizaron 80 entrevistas semiestructuradas, dirigidas a adolescentes, mujeres y hombres y a sus cuidadores. Para explorar diversos aspectos relacionadas con la sexualidad, como el uso de anticonceptivos y las formas del enamoramiento, se realizaron grupos focales, por género y

mixtos. Finalmente, con el objetivo de conocer las condiciones de vida, prácticas de sexualidad y condiciones psicoafectivas de adolescentes se encuestaron a cerca de 1 584 estudiantes de los cuatro planteles educativos.

Con el objeto de estudiar los procesos históricos de consolidación del territorio, se realizaron entrevistas con líderes históricos de la localidad, incluyendo los actuales liderazgos juveniles. Adicionalmente, se entrevistaron a los responsables de los programas de territorios saludables y funcionarios de la Dirección Local de Educación en la Casa de Igualdades de Oportunidades para las Mujeres. Finalmente, se ubicaron e indagaron fuentes secundarias de la Secretaria de Planeación Distrital, entre estas, la revisión de literatura de la historia de la localidad y los diagnósticos locales de la Secretaria de Educación y de Medio Ambiente.

Algunos resultados

El compromiso con una lectura histórica que relaciona territorio, sexualidad y embarazo adolescente permite considerar un conjunto de relaciones que no se evidencian a primera vista. El familismo —entendido como una estrategia de sobrevivencia intergeneracional, una ideología y como la forma de apropiación del territorio ante la ausencia del mercado y del estado— ha jugado un papel principal en las expresiones de la socialización de las personas en ese lugar durante décadas.

El familismo corresponde a un orden pragmático y estructurante, al que se le articulan procesos que en diferentes niveles inciden sobre las actuales prácticas adolescentes, tales como el patriarcalismo fundamentalista, que legitima la práctica y la narrativa. Este patriarcalismo juega un papel fundamental en la dinámica de socialización de adolescentes en la asignación de roles y expectativas; en la incorporación temprana de los adolescentes al mundo del trabajo, y en las demandas de funcionamiento de las familias. Todo esto lleva a la densificación de las tareas domésticas a los y las adolescentes, especialmente a estas últimas, lo que más adelante se configura en formas claras de trabajo infantil. Debido a esto, se tipifican en ellas roles de adultos ligados a la crianza, la vida doméstica y a la idealización de la mujer-madre como dispositivo central y legítimo de la socialización.

Además, el familismo desempeña un papel importante en la permanencia dentro del territorio. Un número significativo de los habitantes viven por décadas en el mismo territorio y se trasladan siempre intentando mantener relaciones de vecindad con los familiares. Este arraigo, ligado al propósito de tener casa propia, contribuye a fomentar cierta relación endógena con el territorio, la cual fortalece cierta percepción de extraterritorialidad y exclusión con relación a la ciudad. Ahora bien, esta característica en la organización de la vida diaria, que toma como centro el orden familiar, se ve reforzada por las

formas de exclusión socioespacial que caracteriza en territorio. Por todo esto, grandes bloques de población comparten capitales culturales, económicas y sociales, relativamente precarizadas.

Los efectos de la homogeneización socioespacial sobre las ideaciones y prácticas, entre estas las relacionadas con la sexualidad, han sido poco estudiadas por la literatura. A pesar de esto, parecen desafiar la incidencia de los medios de comunicación contemporáneos, cuyo uso está mediado por las condiciones de exclusión y homogeneidad territorial. El territorio, la familia, la casa propia, la mujer-madre, el patriarcalismo y los roles adultos constituyen una verdadera configuración que media las relaciones afectivas y amorosas de los adolescentes.

Por otra parte, la presencia limitada del Estado, con respuestas también limitadas, terminan por fortalecer ese orden sistémico, que actúa como dispositivo sociocultural. A los oficios subalternos ejercidos por sus progenitores se le suman las peculiares ofertas educativas estatales, posteriores al ciclo medio de formación. Estas ofertas son arreglar y reparar computadores (no programación, ni creación o innovación); cuidar niños; cortar y confeccionar prendas, y cortar el cabello.

Todo lo anterior reproduce las formas subalternas y cierran el circuito en el que se escenifican los repertorios afectivos de los adolescentes: un número elevado de adolescentes sostienen sus primeras relaciones sexuales con sus parejas; los intercambios sexuales demoran en aparecer en la joven pareja. Solo cuando existe certeza de que el hombre busca una relación más estable y se compromete, se cumple con el ritual de reconocimiento por la familia de este y existen confianzas alimentadas por la ideación de la familia y el hogar. Desde este momento irrumpen las relaciones sexuales negociadas en el plano cultural de un patriarcalismo apuntalado por formas preexistentes de exclusión; allí las prácticas de protección se relajan y se tornan inanes.

Por último, se destaca el siguiente aspecto: las expresiones de violencia y organización paraestatal del territorio, por presencia de redes de microtráfico, conllevan a la fragmentación de procesos organizativos juveniles y profundizan el relato del macho que encara y ejerce la violencia y toma el cuerpo femenino como trofeo de las guerras emprendidas por redes profesionales del crimen. Estos mecanismos y dispositivos nutren las trayectorias que llevan al embarazo adolescente en esta localidad (18).

CONCLUSIONES

Verdaderos estilos del amor, apalancados en procesos socioculturales, ligados a las formas de apropiación del territorio, parecen explicar la alta incidencia del embarazo adolescente en zonas y regiones caracterizadas por la exclusión y la segregación socioespacial.

El compromiso del Estado en esta materia se limita solo a la información sobre el uso de anticonceptivos, a la oferta de oportunidades de formación laboral en oficios subalternos y a la presencia de precarios sistemas de asistencia social. Por este motivo no ha podido modificar la persistencia en porcentajes elevados del embarazo adolescente a lo largo de una década en localidades de este tipo en Bogotá, D.C.

Tabla 3.1. Claves de la investigación.

Enfoque teórico-metodológico	Herramientas metodológicas usadas	Aportes	Limitaciones
Microsociología: epidemiología social	Tres dimensiones de la categoría de vulnerabilidad: individual, social y programática. Rastreo de trayectorias de vida.	Categorías de análisis y comprensión del familismo para entender la relación entre territorio, sexualidad y embarazo adolescente	Ausencia de respuesta social compleja para intervenir la problemática

En la figura 3.1 se presenta un registro fotográfico de la socialización de la tesis en el seminario profesoral sobre salud colectiva realizado por el Departamento de Salud Colectiva en el 2016.



Figura 3.1. Exposición y debate de tesis de Rafael Malagón Oviedo.

REFERENCIAS

1. Araújo Ferreira R, Maria das Graças F, Falleiros de Mello D, Pinto de Carvalho I, Cano A, De Oliveira. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(2):313-323.
2. Martinez E, Roza DL, Caccia - Brava C, Achcar A, Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. *Cuadernos de Saúde Pública*. 2011;27(5):855-867.
3. Oliveira R. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. *Rev. Saúde Soc*. 2008;17(4):93-102.
4. Ramacciotti N. Maternidade de adolescentes de periferias sociais e urbanas: algumas análises à luz da Psicologia Ambiental. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2005;15(1).
5. Heilborn L, Salem, Rohden, Brandão, Knauth, Victora, et al. Aproximações Socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*. 2002 Junio;8(17).
6. Cuesta Benjumea C. Contexto del embarazo en la adolescencia: nos hicimos novios y ahí empezó todo. *Revista ROL de Enfermería*. 2001;24(9):24-30.
7. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*. 2008;5(1):42-52.
8. Póo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev Sogia*. 2005;12(1):17-24.
9. Foucault M. Seguridad, territorio, población. Primera ed. Senellart M, editor. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006.
10. Ayres R, França Junior I, Saletti Filho G, Heraldo C. O conceito de Vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia M, Orgs C. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
11. Ayres José Ricardo P, França Ivan G, Lacerda Regina D, Negra M. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/Aids. *A J Public Health*. 2006;96(6):1001-6.
12. Malagón Oviedo R, Czeresnia D. O conceito de Vulnerabilidade e seu caracter biosocial. Interface-comunicação, saúde, educação. 2015;19(53).
13. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of `vulnerability`. *Soc Sci Med*. 2000;50:1557-70.
14. Ayres J. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In Parker R, Sommer M, editors. *Routledge Handbook of Global Public Health*. Chicago: Abingdon, Oxon: T&F Books; 2011.
15. Elias N. Sociología Fundamental. 2da. ed. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008.
16. Giddens A. La construcción de la Sociedad. Segunda ed. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores; 2011.

17. Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Distrital de Demografía y Salud. Bogotá: ICBF; 2011.
18. Salud Colectiva. Entrevista a Dr. Rafael Malagón O. [Video] Bogotá; 2016 [Citado 14 dic 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/cqQ32U>.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN COLOMBIA, 1992-2006

María Carolina Morales Borrero

INTRODUCCIÓN

Este capítulo describe el problema de investigación que permitió estudiar las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) en jóvenes y mujeres de Colombia; el enfoque teórico-metodológico y algunos de los principales resultados; las limitaciones del estudio, las conclusiones, algunas propuestas y nuevas preguntas por explorar.

Entre los antecedentes de este trabajo de investigación se destacan los escenarios de proyección y formación social, desarrollados en la localidad cuarta de San Cristóbal, Bogotá, como parte del pregrado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Posteriormente, se realizó una investigación sobre atención primaria en salud y políticas de salud bucal, en la maestría de Administración en Salud de la Universidad Javeriana de Bogotá, en la cual se constató la incidencia de las políticas en salud, su carácter y efecto sobre la vida de las mujeres, especialmente en el escenario escolar.

Más tarde, en la Universidad Nacional de Colombia se abrió la posibilidad de investigar sobre salud sexual en las instituciones escolares de la localidad cuarta. El panorama reveló que en Colombia, a mediados de los años 90, aumentaron los embarazos de adolescentes y jóvenes, especialmente en mujeres que habitaban territorios urbanos y rurales. En la localidad de San Cristóbal, las mujeres jóvenes embarazadas eran segregadas socialmente del sistema de salud y protección social (educación, empleo, bienestar familiar) con políticas asistencialistas y sin atención de las inequidades sobre las mujeres.

La perspectiva empleada con más frecuencia en las políticas de salud es la positivista y el ciclo político, es decir, los pasos secuenciales para hacer una política desde la formulación e implementación hasta la evaluación de las mismas. Se establecen los problemas de la salud como asuntos técnicos con escaso debate sobre la correlación de fuerzas o conflictos de poder.

La educación sexual y los servicios de SSR, como parte de la problemática, fueron objeto de la política de SSR y se orientaron fundamentalmente a cambiar conductas y a controlar y cuidar médicamente el cuerpo femenino. Estimularon el uso de medidas de prevención en las jóvenes, con apoyo en tecnologías y métodos anticonceptivos. Y en los servicios de salud, evaluaron especialmente el acceso y la cobertura de programas de salud sexual y reproductiva para mujeres.

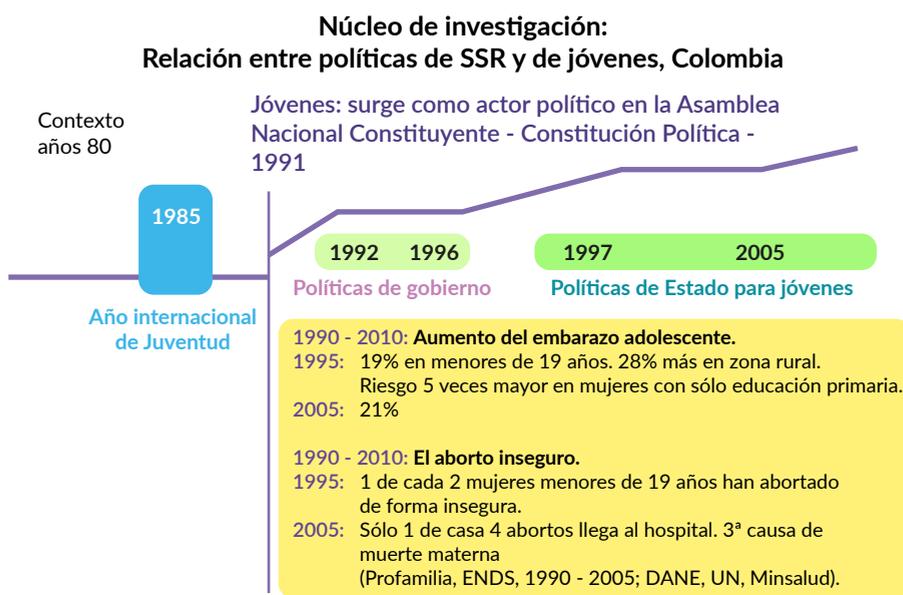
Asimismo, los enfoques existentes en salud pública y epidemiología, dirigidos al estudio de estas problemáticas, seguían privilegiando el modelo biomédico tradicional y la evaluación del costo-eficiencia de las políticas de SSR existentes. Al revisar la sociología y, en particular, los estudios de Zygmunt Bauman se identifican novedosas perspectivas para comprender los jóvenes, desde el cambio social a los patrones de organización de las familias, pasando por la flexibilización laboral y la consecuente pauperización de las poblaciones segregadas de los territorios urbanos de grandes ciudades como Bogotá. Igualmente, en las ciencias políticas se encuentran pistas para entender el problema desde la propuesta del institucionalismo histórico.

Como resultado de esta exploración de las políticas de SSR, se observa un núcleo en estas, que no ha cambiado desde de los años 60: el control y la penalización del comportamiento sexual de las mujeres y una reducción en la forma como se entiende e interviene al joven y a la mujer. Pese a la abundancia de estudios en ciencias sociales y naturales sobre el embarazo adolescente no se logra afectar dicho núcleo, los paradigmas ni los enfoques del campo de estudio.

La relación entre las políticas de salud y el poder

Una alternativa para comprender este problema es rastrear el poder y su movimiento en todo el sistema político. Si las políticas de SSR para la juventud de Colombia mantuvieron su énfasis por cerca de 30 años, ¿por qué cambiaron en el año 1992? Entre los años 1992 y 2006 hubo un movimiento de poder entre los actores involucrados en estas políticas, ¿qué y para qué se buscaba sobre el embarazo adolescente?, ¿cómo fue la trayectoria y conflictividad en estos cambios?, ¿cuáles eran los discursos sobre el joven, la SSR, la maternidad y el embarazo adolescente?, ¿cómo se desarrolló una política de SSR particular sobre jóvenes?, y ¿cuál fue la relación entre las políticas de SSR y el ejercicio del derecho a la sexualidad y a la reproducción en la población juvenil?

Para responder a dichas preguntas, se estudia el movimiento del poder en las contiendas políticas por la SSR y su relación con el comportamiento del embarazo entre 1992 y 2006, como se muestra en la figura 4.1: entre actores de la sociedad civil (jóvenes y mujeres en sus redes sociales), organismos y movimientos sociales y distintas juventudes en su cotidianidad, representantes del Estado y el sistema político (partidos políticos, sindicatos, iglesias, farmacéuticas, medios masivos de comunicación vinculados al tema de juventudes, transnacionales y agentes activos de los tres poderes estatales)



**1ª. Inflexión en las políticas de salud sexual de jóvenes: 1992
Penalización de conductas sexuales de jóvenes desde 1964**

Figura 4.1. Relación entre los cambios en las políticas de salud sexual y reproductiva para jóvenes en Colombia y los cambios en las políticas de juventud.

Durante 1992-2006 se incrementó el aborto inseguro y clandestino, se cambió la educación sexual en las escuelas y aumentaron las tasas de mortalidad materna asociadas al aborto inseguro.

Una dinámica sociopolítica para formular políticas de salud sexual y reproductiva

Con el objetivo de explicar los cambios del proceso sociopolítico de la configuración de las políticas de SSR, se revisó su dinámica en el largo plazo, usan-

do como guía el embarazo adolescente. Para esto se realizaron los siguientes objetivos:

- Analizar la correlación de fuerzas de las políticas de juventud y la SSR.
- Caracterizar a los actores sociopolíticos involucrados, los recursos movi-
lizados, los conflictos y las confrontaciones en función de los repertorios
de acción política.
- Analizar el proceso de oportunidades y restricciones políticas.
- Explicar las representaciones sociales sobre joven, SSR y embarazo ado-
lescente en el marco de la dinámica sociopolítica.
- Identificar la relación entre el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes y
las políticas formuladas.
- Analizar el papel de los jóvenes como sujeto histórico de cambio.

Definición del enfoque teórico-metodológico

Con base en los estudios sobre análisis de políticas (1), se estudiaron los enfoques de la economía neoclásica y la teoría de la elección racional o *public choice*, abundantes en el campo de la SSR, que crean sistemas de incentivos y afirman las propuestas neoinstitucionalistas (2). Los enfoques neoinstitucionalistas se usan en las publicaciones de organismos internacionales como el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (6,7), para intervenir el embarazo adolescente como causa y efecto de la pobreza (5). Este enfoque reduce el análisis de las políticas a acciones puntuales, tales como el uso de medidas o barreras de anticoncepción, sin asumir la complejidad de la problemática. Los estudios que formulan críticas a este enfoque son escasos. Las propuestas sobre derechos los sexuales y reproductivos y los cambios en la diversidad sexual emplean la medicalización de la juventud (8) y del cuerpo de la mujer.

En contraste con estos enfoques, en la economía política se encuentran cuestionamientos a los fundamentos neoliberales de la salud, a las inequidades y a las desigualdades. Estos estudios señalan los conflictos de valores entre las instituciones que financian y prestan los servicios de salud (3), y los estudios de equidad critican las políticas a partir de las desigualdades (4) y la ausencia del conflicto en los sistemas de salud.

En los estudios sobre las políticas de juventud (9) se destacan las políticas como un ejercicio de dominación de los gobiernos sobre un sujeto político subordinado (1), desvinculado de otros actores implicados en la política (10). En los estudios sobre la construcción de subjetividades políticas se articulan dos campos del conocimiento: la cultura y la política. Estos buscan comprender los efectos de las políticas y sus relaciones con el conflicto social violento a

partir de preguntas sobre la construcción del conflicto y el ejercicio del poder en los jóvenes. Estos ratifican el conflicto social en la construcción de una débil subjetividad juvenil (11), por lo que aparece el movimiento del poder en la constitución de las subjetividades políticas con el joven como actor político.

Entre los estudios que vinculan las políticas y las subjetividades juveniles se privilegian los estudios sobre dispositivos y tecnologías del poder, que destacan el efecto directo sobre las subjetividades por parte de políticas sobre el poder y el control de la sexualidad; las resistencias sociales de los agentes de cambio son respuesta a esta tecnología (12-14).

Un enfoque para el análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva de jóvenes

Este enfoque se sustenta en la perspectiva del institucionalismo histórico para comprender la política (15). La teoría del Estado que se asume se toma en una doble faceta: como actor y arena política al mismo tiempo, lo que da lugar a la «autonomía relativa» del Estado. Esta autonomía implica una competencia simultánea con los otros actores involucrados en dos planos: en uno ejerce un poder coercitivo y en el otro se mantiene la interacción con otros Estados y al interior de este, en lucha por su legitimidad —en la estructura legislativa— (16). Por esto, el análisis de una política implica también tener en cuenta la interacción del Estado con otros Estados y actores en el ámbito internacional y supranacional (17).

Las críticas al enfoque del institucionalismo conllevan a considerar las redes de poder social para superar sus debilidades: se toman especialmente las redes ideológicas, económicas, militares y políticas (18) y los actores implicados en la correlación de fuerzas (19-21). Por esto, se utiliza la categoría de *contienda sociopolítica* como base para el estudio del conflicto por la ciudadanía y el ejercicio de derechos (22) (figura 4.2).

Las políticas públicas y de salud se entienden como el resultado de relaciones conflictivas entre actores ubicados en distintos planos (22-24), que van más allá del ejercicio de poder del Estado (16). A esto se le denomina «lo político de las políticas»: la contienda política constituye un aporte teórico, con fundamento en los estudios de Mac Adam, Tarrow y Tilly (25). Es un elemento esencial de las relaciones políticas y de poder que forman parte de los cambios y las transformaciones de las sociedades. Lo político de las políticas consiste en identificar los predomios del poder, sus trayectorias y cambios.

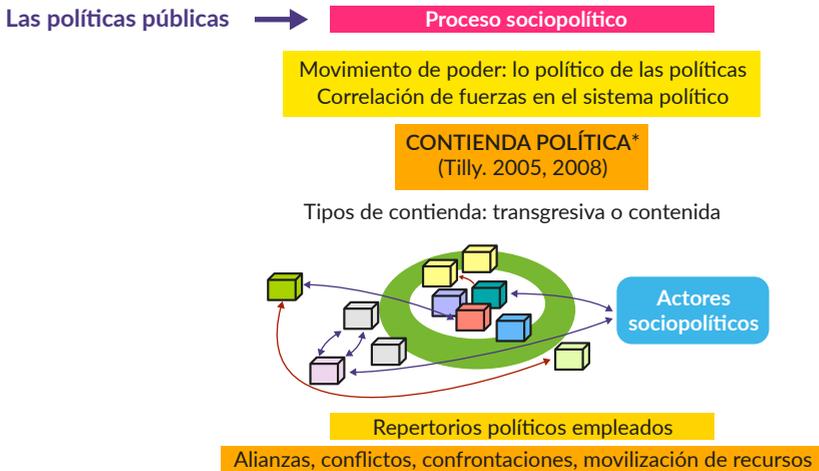


Figura 4.2. La contienda en acción.

La contienda política se caracteriza por ser transgresiva cuando debilita el *statu quo* y cuando propicia cambios dirigidos a obtener la reivindicación de fuerzas sociales beligerantes. Asimismo, esta contienda política se puede detener por medio de la voluntad de los actores y así impedir el movimiento del poder y de las fuerzas. En ese sentido, se diferencia la acción colectiva de la política al asumir desafíos para influir en la distribución existente de poder (huelga, marcha, mitin, asamblea, panfleto, protestas, movilizaciones y diversas acciones de tipo legal), sin afectar el ámbito político (26). La acción política se caracteriza por generar organización contundente con incidencia política. La contienda contenida estanca las fuerzas políticas y la contendiente o transgresiva dinamiza la correlación de fuerzas.

Repertorios de acción política

Son procesos, mecanismos y recursos movilizados por los actores según las coyunturas y fuerzas de coerción al interior de una contienda (25, 27). De esta manera, los medios de comunicación se convierten en un escenario clave para la movilización de la opinión pública en la contienda. Entre las limitaciones de la categoría de contienda política están: la incapacidad de tomar la complejidad de la dinámica y correlación de fuerzas y la variabilidad de actores (figura 4.3).



Figura 4.3. Lo político de las políticas: categorías.

El conjunto de fuentes (primarias y secundarias) incluyeron: leyes, los proyectos de ley, los documentos oficiales, las resoluciones, los decretos, las correspondencia, los comunicados, los discursos y estudios sobre el tema, las tutelas, las demandas y las sentencias sobre salud sexual y reproductiva, la prensa y los órganos de difusión de circulación nacional, los recursos fílmicos y fotográficos. Asimismo, se incluyeron las transcripciones de las entrevistas individuales realizadas a actores informantes clave y los registros derivados de las encuestas, los grupos focales y los talleres realizados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En toda la dinámica sociopolítica de la configuración de las políticas de SSR en Colombia y Latinoamérica hubo predominio del enfoque preventivista. Solo se dudó de la efectividad de este predominio por parte de las organizaciones de mujeres y de jóvenes y sus estrategias de acción colectiva y de movilización; el moralismo católico siguió preponderando e incluso se usó para fortalecer la imagen del gobierno del Estado comunitario impuesta por Álvaro Uribe. Esta situación no fue exclusiva de Colombia: el clima político conservador recorrió toda la región latinoamericana por la influencia de la Iglesia católica y los grupos de derecha, fenómeno que convive con una mayor participación de la sociedad civil. El aborto, la educación sexual y los derechos sexuales y

reproductivos son temas que se manejan cada vez más como asuntos exclusivamente políticos para favorecer a algunos actores en épocas de elecciones.

El movimiento de mujeres es un ejemplo a seguir, ya que rebasó el control político y estatal; se hizo cambios en la correlación de fuerzas en la contienda política y en las políticas de SSR.

El énfasis preventivista de dichas políticas se explica por las reformas estructurales inauguradas en el gobierno Gaviria con efectos globales sobre los jóvenes como uno de los actores más flexibilizados. La pretensión del gobierno era sustentar la legitimidad de su acción sobre el desempleo juvenil, uno de los graves problemas ocasionados por las reformas implantadas por él mismo. En esa lógica, la pobreza e inequidad parecen ser tratadas con eficacia por el gobierno por medio de programas asistenciales, basados en el manejo social del riesgo (Familias en Acción, Jóvenes en Acción y Soldados de Mi Pueblo).

Las políticas asistencialistas y paternalistas dialogan muy bien con el enfoque preventivista y moralista. Además, se ha demostrado su rentabilidad electoral en distintos momentos de disputa por el poder en el sistema político colombiano. En el centro de tales políticas hay una matriz cultural que subyace a cada programa y actividad, en la cual está ausente la figura paterna y prevalece el deseo de un padre, cuya autoridad sea capaz de imponer seguridad y arraigo de los valores tradicionales, tanto en la familia como en la comunidad. En ese sentido, preventivismo y moralismo se asocian a miedo y control, mientras que autonomía y derechos se vinculan a libertad, dignidad y justicia social. El moralismo se vincula a autoridad y control social, especialmente religioso y adultocéntrico, mientras que la autonomía parece ser adquirida por los jóvenes al superar etapas y licencias sociales asociadas a largos períodos de estudio sin inserción al trabajo. Desde esa matriz sociocultural se arraigan valores cercanos a la violencia y exclusión social de lo joven, diferente y novedoso. El cambio social queda proscrito ante la actitud conservadora de la política y del control moral predominante (28,29) (figuras 4.4 , 4.5 y 4.6).

Conclusiones

Las políticas de SSR de jóvenes en Colombia cambian con: Repertorios políticos, judiciales y administrativos en cada tema: educación sexual, aborto y salud sexual y reproductiva; y cambian con actores nuevos inmersos en otras contiendas.

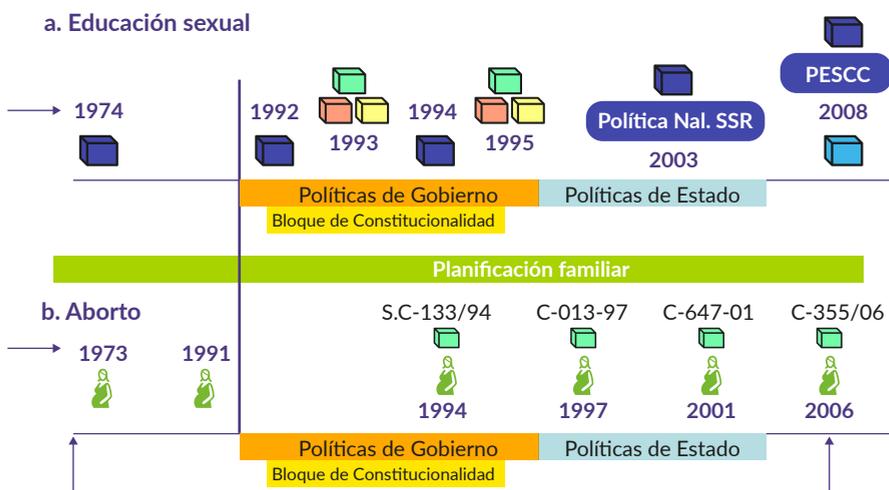


Figura 4.4. Cambios en políticas de salud sexual y reproductiva: educación sexual y aborto.

Conclusiones

En las contiendas los discursos sobre el joven, embarazo adolescente y la SSR cambian también

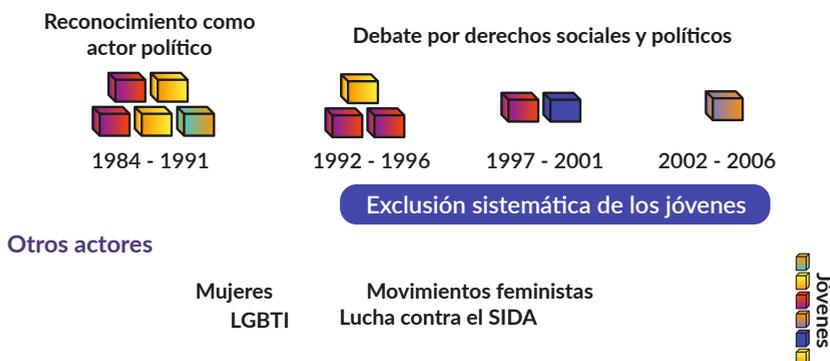
a. Joven - es PROBLEMA



Figura 4.5. Cambios en los discursos sobre el joven y la mujer.

Conclusiones

Papel del joven en la configuración de las políticas de SSR



Acción política y Movimientos Sociales

Figura 4.6. El papel del joven en las políticas de salud sexual y reproductiva en Colombia.

Es preciso incorporar al debate y análisis de inequidades la perspectiva de género, etnia y raza y la territorialización de las políticas.

Recomendaciones

Se requieren investigaciones que comparen distintos países latinoamericanos y expliquen la falta de compromiso con el enfoque de los derechos sexuales.

Entre las limitaciones principales de este estudio se mencionan la escasa elaboración del estudio sobre las políticas socioeconómicas, y la inclusión de actores ubicados en redes de poder transnacional. Se recomienda revisar las inequidades que afectan a las mujeres, ubicadas en territorios periféricos.

Tabla 4.1. Claves de la investigación.

Enfoque teórico-metodológico	Herramientas metodológicas usadas	Aportes	Limitaciones
Estudios sociohistóricos en política: institucionalismo histórico y dinámica de la contienda política en salud, enfoque sociopolítico.	Contienda política: repertorios y estrategias de acción de actores políticos. Escenarios, esferas, actores y arenas de movimiento del poder social y político. Análisis de discurso	Este análisis muestra las trayectorias de las políticas y la correlación de fuerzas que explica los predominios y cambios frente a lo que se ha llamado salud sexual y reproductiva de jóvenes en Colombia.	Escasa elaboración del estudio sobre la relación con políticas socioeconómicas y con actores ubicados en redes transnacionales de poder en SSR.

REFERENCIAS

1. Roth D. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora; 2004.
2. Maceira D. Economía Política de las Reformas de Salud: un Modelo para Evaluar Actores y Estrategias Washington. Banco Interamericano de Desarrollo. Departamento de Desarrollo Sostenible; 2007.
3. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a partir de dos estudios de caso. *Rev Panam de Salud Pública*. 2005;17(3):210-20.
4. Vargas I, Vásquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Caderno de Saúde Pública*. 2002;18(4):927-37.
5. United Nations Fund for Population Activities. Panorama general de la vida de los adolescentes. Institucional. United Nations Fund for Population Activities (UNFPA); 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Institucional: OMS; 2004.
7. Organización Mundial de la Salud, Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Aspectos más destacados de 2005. OMS; 2005.
8. Useche B, Ross M. Public Health Perspectives in Sexual Health. En: Tepper M, Owens AE, editors. *Sexual Health*. Westport, Connecticut & London: Praeger; 2007.
9. Rodríguez E. Políticas públicas de juventud en América Latina: del Año Internacional de la juventud (1985) a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2015). Texto presentado en el X Congreso Latinoamericano de Ciencias Políticas (Alegcipol). San José: Escuela de Ciencias Políticas de la Universidad de Costa Rica, Centro de Estudios Democráticos de América Latina (CEDAL) y Fundación Ortega y Gasset de España; 2004.
10. Abad M. Las políticas de juventud desde la perspectiva de la relación entre convivencia, ciudadanía y nueva condición juvenil. *Revista Última Década*. 2002;10(16).
11. Perea R CM. *¿Qué nos une? Jóvenes, Cultura y ciudadanía* Medellín: La Carreta; 2008.
12. Foucault M. *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber* España: Siglo XXI Editores; 1977.
13. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
14. Viveros Vigoya M. Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnico-raciales en Colombia: reflexiones a partir de un estudio de caso. *Revista Estudios Feministas*. 2006;14(1).
15. Evans P, Rueschemeyer D, Skocpol T. *Bringing the State Back New York*: Cambridge University Press; 1996.

16. Skocpol T. El Estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual. En: Grompone R, editor. *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1995.
17. Thelen K. How Institutions Evolve. Insights from Comparative Historical Analysis. En: Mahoney, Rueschemeyer D. *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. New York: Cambridge University Press; 2003.
18. Mann M. *Las fuentes del Poder Social I. Una historia del poder desde los comienzos hasta 1760 d.C.* Madrid: Alianza Editorial; 1991.
19. Roth A. El análisis de políticas públicas y sus múltiples abordajes teóricos: ¿una discusión irrelevante para América Latina? Ponencia presentada para el I Congreso de Ciencia Política. Universidad de los Andes; 2008.
20. Ortega Riquelme JM. El nuevo institucionalismo en la ciencia política. *Revista Mexicana de Sociología*. 2004;66(número especial):49-57.
21. Pierson P. Big, Slow-Moving, and Invisible: Macrosocial Processes in the Study of Comparative Politics. En: Mahoney, Rueschemeyer D. *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences*. New York: Cambridge University Press; 2008.
22. Hernández M. La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación sociopolítica, 1880-1950. Universidad Nacional de Colombia, editor. Bogotá D.C.: Unibiblos; 2004.
23. Almeida C. Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: the Role of International Organizations in Formulating Agendas and Implementing Policies. *Well-Being and Social Policy*. 2006;2(1):123-60.
24. De Swaan A. *A cargo del Estado*. Barcelona: Pomares-Corredor; 1992.
25. McAdam D, Tarrow S, Tilly C. *Dinámica de la contienda política*. Barcelona: Hacer; 2005.
26. Tarrow S. *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
27. Tilly C. *Contentious Performances*. New York: Cambridge University Press; 2008.
28. Salud Colectiva. Investigación doctoral Dra. Carolina Morales (GISC). [Video]. 1992-2006. Disponible en: <https://goo.gl/awbdZ1>.
29. Freddy Alejandro Cisneros. Documental Alfred Kinsey, El científico del Sexo. [Video]. 2014. Disponible en: <https://goo.gl/NGMppR>.



Segunda parte
*Capacidades grupales de
investigación*



CAPÍTULO 5

RECUENTO HISTÓRICO DE UN ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN

Maira Alejandra Piragauta Ruiz

Brayan Alejandro Wilches Niño

INTRODUCCIÓN

El Semillero de Investigación de Salud Colectiva (sc) surgió en el año 2012 como un espacio para discrepar y fomentar la cultura investigativa en la comunidad académica local. Se asumió la propuesta de semillero de investigación que propone Echeverry (1) para configurar lentamente un espacio de formación y autoformación con herramientas de investigación y desarrollo de capacidades metodológicas, cognitivas y deliberativas que permiten el acercamiento y reconocimiento de problemáticas sociales y alternativas de solución. Igualmente, se usaron métodos científicos rigurosos y sistemáticos, mediante la realización de proyectos de investigación y proyección social, relacionados con las líneas de investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, con las inquietudes y los intereses de divulgación del conocimiento científico desarrollados en el seno del semillero.

| 85 |

Un breve recuento histórico

El semillero nació en el departamento de sc de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2012 como un espacio donde profesores, estudiantes y egresados se reunieron para generar un intercambio de saberes, diálogos con los problemas de la vida profesional y un conjunto de alternativas de intervención. Desde su creación, el semillero se ha caracterizado por el compromiso y dedicación de sus integrantes, lo que ha impulsado la realización de diversos trabajos con base en las funciones misionales de la Universidad Nacional de Colombia, tales como formación, investigación e incidencia política.

Al comienzo se desarrollaron actividades de formación en salud colectiva y en métodos de investigación, con apoyo en las ciencias sociales para resolver preguntas e inquietudes. En el año 2013 se avanzó en el desarrollo de esquemas organizativos y de trabajos de grado sobre temas de interés y pertinencia social, dada la debilidad del componente social en la formación de pregrado de las facultades de salud partícipes del semillero. Posteriormente, con soporte en el Seminario Internacional sobre Bases Teóricas de la Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad (2), que inauguró el proyecto de alianza interdoctorados entre el programa de Doctorado Interfacultades en Salud pública de la Universidad Nacional de Colombia y el programa de Doctorado Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador, se realizó una exploración general sobre la situación de la investigación en sc en el país, con énfasis en perspectivas específicas sobre la determinación social de la salud. En este seminario se acordó realizar encuentros y seminarios orientados a acompañar el proceso formativo del semillero.

El semillero realizó diversos esfuerzos en este proceso formativo de forma continua, por lo cual se vislumbró la necesidad de ampliar el espacio de formación hacia uno más riguroso y sistemático. De allí surgió la idea de crear una cátedra libre de formación para los estudiantes de la Facultad de Odontología, dirigida a fortalecer las bases del campo de la sc, siguiendo algunas de las pautas de la experiencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Esta cátedra se denominó *Odontología Social*, la cual se realizó durante tres semestres con el apoyo y la coordinación de profesores y estudiantes. Para la segunda versión, se propuso un cambio de nombre por el de *Salud Oral y Sociedad*, con resultados prácticos tales como ponencias nacionales e internacionales sobre distintas temáticas.

En el XIII Congreso de Medicina Social y Salud Colectiva sobre *Saber y poder popular para la construcción de un nuevo modelo de desarrollo, Estado y sociedad* —celebrado en San Salvador, El Salvador, en noviembre de 2014— se estimuló la presentación de varios trabajos, lo que favoreció el inicio de núcleos y líneas temáticas de interés para el semillero. Además, se destacaron los siguientes temas: el complejo odontológico industrial, la acción política en salud oral, salud bucal colectiva, atención primaria, etc.

En ese mismo año, se apoyó la organización del I Foro Internacional en Atención Primaria en Salud y Salud Oral, en Bogotá, el cual contó con invitados de Brasil y Costa Rica. Asimismo, en Brasil se hizo un intercambio con el coordinador de la Política Nacional de Salud Bucal del Brasil *Brasil Sorriente (Brasil Sonriente)*, Gilberto Pucca, quien invitó a dos integrantes del semillero a realizar una pasantía para conocer más de cerca el funcionamiento de la política de salud bucal en Brasilia. Con esa motivación, se acudió a la convocatoria del Programa Nacional de Semilleros de Investigación, Creación e Innovación de la Universidad Nacional de Colombia 2013–2015,

de la Dirección de Investigación de Sede (DIB) de la misma institución, con el trabajo *Construcción de Capacidades de Investigación en Atención Primaria en Salud y Salud Oral*. En julio de 2015, el semillero recibió financiación para realizar una pasantía en Brasilia y asistir al XI Congreso Brasileño de Salud Colectiva (Abrasco) *Saúde: Desafio da Construção do Sistema Universal*.

Para los años 2015 y 2016, el semillero participó activamente de los encuentros de la Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC), con ponencias y apoyo de los nodos de participación en diversos eventos de dicha red. Con este proceso de construcción del espacio y modalidad de trabajo del semillero se han identificado varios propósitos y actividades a realizar en el seno del mismo.

Propósitos del semillero de investigación

- Generar y fortalecer espacios de formación de una cultura investigativa en sc.
- Formar y articular los núcleos de investigación existentes con otras formas de generación de conocimiento en salud.
- Estructurar y desarrollar líneas de investigación de carácter inter y transdisciplinario.
- Fomentar el desarrollo de CI grupales en sc.
- Vincular las instituciones y organizaciones a procesos de trabajo en red.
- Crear instrumentos y medios de divulgación y aplicación.

Actividades del semillero

Las siguientes son las actividades básicas que ha realizado el semillero para cuidar su estructura y facilitar la organización: modalidades de trabajo colectivo, grupos de estudio, proyectos de investigación, divulgación de resultados y de actividades e interacción académica e institucional como parte del Sistema de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia y de otras instituciones.

Las acciones de formación, investigación e incidencia política que ha realizado el semillero entre 2013 y 2016 son las siguientes:

- Identificación de los núcleos temáticos:
 - Bases de la sc de Latinoamérica
 - Determinación social de las inequidades en el proceso salud-enfermedad-muerte-atención
 - Atención primaria en salud y salud bucal
 - Distribución territorial de las inequidades en salud
 - Complejo médico industrial y financiero en la odontología
 - Calidad de la educación superior

- Acciones de formación e incidencia política con la asistencia y participación de integrantes del semillero a los siguientes eventos académicos y sociales:
 - I Encuentro de Atención Primaria en Salud Oral, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, 2013.
 - I Encuentro de la RCSC en Quito, Ecuador, 2013.
 - II Encuentro de la RCSC, en Bogotá, Colombia, 2014.
 - III Encuentro de la RCSC, en Medellín, Colombia, 2015.
 - I Encuentro regional de la Red Colombiana de Salud Colectiva, Manizales, Colombia, 2016.
 - XXIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva (Alames) en San Salvador, El Salvador, 2014.
 - I Encuentro internacional de grupos de investigación, Universidad Mariana, en Pasto, Colombia, 2014. XXV Encuentro Nacional de Investigación Odontológica (ACFO).
 - IX Reunión de la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR, por su sigla en inglés), división Colombia.
 - X Encuentro de semilleros de investigación, Santa Marta, Colombia, Octubre de 2015.
 - Seminario de Sociología en Salud, Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, 2015.
 - XI Congreso Brasileño de Salud Colectiva *Saúde: Desafio da Construção do Sistema Universal*, Sao Paulo, Brasil, 2015.
 - Adicionalmente, en el marco del semillero, desde el 2012, se han realizado varias acciones de acompañamiento a comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas que generaron un impacto cultural, social y político. Se resaltaron las acciones realizadas en los territorios de Arauca, Chocó, Meta, Cauca, Santa Marta, Tolima y Guaviare.
- Cursos e intercambios para la formación de los integrantes del semillero:
 - Determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.
 - Seminario internacional sobre bases teóricas de la determinación social del proceso salud-enfermedad.
 - Foro de atención primaria en salud.
 - Salud pública frente a salud colectiva.
 - Odontología social
 - Salud oral y sociedad.

La tabla 5.1 muestra las acciones de investigación y acción colectiva mediante el acercamiento a las problemáticas de las comunidades con fundamentos en la sc.

Tabla 5.1. Trabajos y proyectos de investigación realizados en el semillero de salud colectiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.

Nombre del trabajo	Estudiantes vinculados	Modalidad de trabajo	Año
Lineamientos para la elaboración de un programa de salud pública basado en un enfoque de derecho y determinantes para los niños y adolescentes de Soacha	Maldonado Maldonado, Lorena (3)	Trabajo de grado de pregrado. Mención destacada	2012
Perfil socioepidemiológico de estudiantes trabajadores de las Facultades de Odontología y Sociología de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	Viasus, Cindy. Bernal, Lizethe.	Ejercicio de investigación y artículo publicado	2013
Acceso a los servicios de salud oral para estudiantes con discapacidad, atendidos por el área de bienestar en la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	Naranjo Torres, Mónica María	Trabajo de grado de pregrado	2015
Cómo se vulnera el derecho a la salud con las barreras de acceso a los servicios de salud en mujeres maternas de Bogotá	Socha, Yelitsa Fernanda	Trabajo de grado de pregrado	2015
Relación entre la salud oral y la atención primaria en salud. Experiencia del programa de territorios saludables, San Cristóbal, Bogotá	Piragauta Ruiz, Maira Alejandra (4)	Trabajo de grado de pregrado. Mención destacada	2015
Contraste de dos estrategias de atención primaria en salud oral, en el ámbito familiar en Andes, Antioquia y Kennedy, Bogotá	Álvarez, Juan Pablo	Trabajo de grado de pregrado	2015
Atención primaria en salud en la casa de abuelos en Suba y programa de territorios saludables en Bogotá	Pinilla, Luisa	Trabajo de grado de pregrado	2015
Viviendo con cáncer: trayectoria de vida de una familia en la que dos de sus integrantes padecen de esta enfermedad	Cordón, Lorena	Trabajo de grado de pregrado	2015

Continúa en la siguiente página.

Nombre del trabajo	Estudiantes vinculados	Modalidad de trabajo	Año
Contraste de los enfoques determinantes sociales de la salud y determinación social de la salud: una aplicación práctica	Duarte Aunta, Adriana Sofia	Trabajo de grado de pregrado. Mención destacada.	2015
Complejo médico industrial en odontología: un caso de estudio sobre implantología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, desde la SC	Forero Peña, María Alejandra (5)	Trabajo de grado de pregrado. Mención destacada	2016
Calidad en el programa curricular en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia: contraste de percepciones entre estudiantes y profesores	Wilches, Alejandro (6)	Trabajo de grado de pregrado. Mención destacada	2016
Experiencia estudiantil: niños y niñas que reconocen su salud	Andrade, Shirley. Cruz, Sergio. Calderón, Luisa.	Ponencia. Trabajo de campo	2016
Entre conocimientos tejemos, entre saberes nos cuidamos	Correal, Alejandra. López, John Duque, Susan	Ponencia	2016
De la pesca a la minería: consecuencias en la salud de una población descendiente del Chocó	Piragauta, Alejandra	Ponencia	2016
Los laberintos del derecho a la salud en tres comunidades marginadas de Colombia: afrodescendientes del Tadó, indígenas de Hortega y niños y niñas de Bogotá	Gutiérrez, Karen	Ponencia y trabajo de campo	2016
Prototipos de cuerpo en bailarines de Bogotá, un camino hacia la anorexia y la bulimia	Quintero, Karen	Ponencia	2016
Experiencias del acercamiento con la comunidad Pijao, El Vergel, Calarcá. Una perspectiva médico-social sobre el dolor de origen pulpar.	Liscano, Daniela	Ponencia	2016
Aproximación a la determinación social del labio y paladar hendido no sindrómico, en los pacientes que asisten a la fundación niños que ríen (Moca-República Dominicana)	Maldonado, Lorena	Tesis de maestría en Salud Pública. Mención meritoria	2016

Proyecciones

- Activar la realización de acciones interdisciplinarias mediante el desarrollo de escenarios compartidos para cada una de las funciones misionales de la Universidad Nacional de Colombia.
- Vinculación de estudiantes desde semestres iniciales de la carrera
- Articular los trabajos de grado, las tesis y proyectos de investigación al semillero
- Revisar la inserción e incidencia de los semilleros de investigación en los sistemas de investigación de las esferas local, nacional y global.

REFERENCIAS

1. Echeverry GE. La estrategia de los semilleros de investigación como un aporte a la formación investigativa en los estudiantes universitarios. *Revista Brocal*. 2003;3(5):93.
2. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología, Semillero de Salud Colectiva. Seminario Interuniversitario Determinación social del proceso salud enfermedad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014-2015
3. Salud Colectiva. Trayectoria investigativa Lorena Maldonado (GISC). [Video]. 2014. Disponible en: <https://goo.gl/huHr3S>.
4. Alejandra Piragauta. [Video]. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/tD6RGd>.
5. Alejandra Forero. [Video]. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/QsLWZA>.
6. Brayan Alejandro Wilches Niño. Semillero de Salud Colectiva FOUN. [Video]. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/CxqH8c>.

CAPÍTULO 6

COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL EN ODONTOLOGÍA: EL CASO DE LA IMPLANTOLOGÍA DENTAL⁴

María Alejandra Forero Peña

INTRODUCCIÓN

| 93 |

Este capítulo resume una investigación colectiva realizada en el marco del Semillero de Investigación en Salud Colectiva, la cual cuestiona la presencia creciente de casas comerciales de productos dentales en la formación académica de los estudiantes de pregrado de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. Estas casas toman parte en las clases, clínicas, congresos y eventos especiales. La pregunta de investigación que elabora el semillero de investigación de sc desarrolla capacidades grupales de investigación a partir del debate alrededor de la categoría Complejo Médico Industrial (CMI) y su devenir en el país.

En este semillero, los estudiantes aprenden a interactuar en escenarios académicos donde las ciencias sociales y humanas permiten entender mejor la complejidad de las necesidades en salud oral de distintas poblaciones. Para esto, se usan diversas estrategias, tales como la visita a regiones donde no se acostumbra a realizar trabajo comunitario en salud debido a la segregación territorial e inequidad social y geográfica a la que se exponen los habitantes del pacífico colombiano, especialmente del Chocó.

Las necesidades en salud bucal, según los resultados del último Estudio Nacional de Salud Bucal (Ensab-IV), se contradicen entre los avances en las estrategias de promoción de salud y prevención de las enfermedades y la de-

4 Con la tutoría de Carolina Morales.

mocratización de los avances tecnológicos de la industria biomédica, con efectos en la salud pública, pues persisten las altas prevalencias de enfermedades orales prevenibles. La cifra que llama la atención en este estudio sobre el edentulismo señala que «el 70 % de las y los colombianos han perdido uno o más dientes» (1). Esto genera una secuela mayor en las mujeres que están aseguradas mediante el régimen subsidiado, pues su comportamiento se sanciona por la edad y por el régimen de aseguramiento al que pertenecen. La mayoría de los dientes se pierden en las etapas más avanzadas de la vida, lo que supondría que envejecer significa empeorar la calidad de vida a expensas de la condición de salud (1).

A esta realidad se le suma un agravante: la desatención de las enfermedades bucales en el sistema de salud, lo cual reproduce las inequidades porque excluye a la mayoría de la población de la atención con tratamientos de rehabilitación oral dentro del sistema de salud. Asimismo, los pacientes que no pueden pagarlos sufren las consecuencias en su boca y, como consecuencia, en su calidad de vida. Para quienes como pacientes edéntulos pueden pagar sus tratamientos, se ven obligados a usar los servicios de la odontología mercantilizada para resolver sus problemas de salud bucal (2,3).

Debido al alto costo de los tratamientos, pocos pacientes tienen acceso a la rehabilitación oral. El caso de los implantes dentales es particular. Aunque los implantes son tratamientos de primera elección en el ejercicio clínico del estudiante y, por tanto, del profesional, solo el 0.1 % de la población colombiana accede a este tipo de rehabilitación principalmente por el costo. Los implantes se suman a una vasta cantidad de tratamientos odontológicos de alto costo, lo que se incluyen en la lista de problemas de talla mundial, según la OMS (4). Investigar los determinantes y las consecuencias de esta inequidad en el acceso a los servicios de salud oral para los pacientes es esencial. No obstante, en general, la odontología ha asumido y normalizado el alto costo y la dificultad de acceso a los implantes dentales. Las dinámicas que subyacen a esta problemática relativa a la industria de la enfermedad y la salud, denominada en la literatura del CMI, es poco estudiada (5).

El CMI se ha definido como un engranaje de corporaciones organizadas alrededor de la industria de la salud, con un objetivo central: la acumulación de capital mediante la extracción de renta. Los debates sobre las estrategias de lucro y acumulación de la industria dental son escasos. Las facultades de odontología deben participar activamente en la investigación y acción frente a estas dinámicas de lucro y reproducción de inequidades en salud oral (6).

Las preguntas de investigación que orientan este trabajo son las siguientes: ¿cómo funciona el modelo del CMI en el caso de la implantología dental en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional (FONUN)? y ¿cómo puede definirse este complejo?

ESTUDIO DE CASO

Se diseñó un estudio de caso desde la perspectiva de la sc. Esto permitió la aproximación a varias aristas del problema simultáneamente para abordarlas en profundidad.

El caso de estudio se abordó por fases. La fase documental sirvió para la construcción del marco teórico. Para esta se utilizó la información de las bases de datos indexadas del estado del arte sobre el CMI, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional a partir de los debates en los grupos de investigación sc y estudios sociohistóricos de la salud. La fase práctica del trabajo de campo permitió ver cómo funcionaba el CMI y constatar la teoría existente y revisada sobre el tema.

De la primera fase se definieron los tres ejes de la investigación y sus categorías: la investigación e innovación, la educación-formación universitaria, la educación continuada y los servicios de docencia y asistencia en salud oral.

Entre las técnicas de investigación cualitativa a aplicar, se seleccionaron la observación participante, el diario de campo y las entrevistas semiestructuradas, con triangulación de las técnicas empleadas y aplicadas, cada una en dos escenarios: uno de la FOUN y otro del XL Congreso de Cirugía Oral y Maxilofacial organizado por la Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial (ACCOMF).

Los escenarios se seleccionaron de acuerdo a la convergencia de diferentes actores en el mismo campo social de la salud. Estos actores fueron empresarios, profesionales, docentes, estudiantes, miembros y directivos de asociaciones científicas, asistentes, ponentes y miembros de la ACCOMF.

EL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL EN LA ODONTOLOGÍA

El CMI apareció en la literatura desde los años 70 y se definió como un conjunto de múltiples y complejas interrelaciones entre los diversos actores que integran el campo social de la salud, bajo el esquema predominante de la economía capitalista contemporánea. Barbara Ehrenreich y John Ehrenreich introdujeron el debate en su libro *The American Health Empire* (7). En este se cuestionan las transformaciones de la medicina moderna tanto en su organización como en su práctica, en el campo de la salud estadounidense después de la Segunda Guerra Mundial. Aquí se consolidaron dos procesos que se desarrollaron con anterioridad y que convergieron en las condiciones que posibilitan la emergencia del CMI, estos son: el capitalismo industrial fordista de los primeros años del siglo XX con la Segunda Revolución Industrial y el tránsito de la medicina premoderna a una medicina científica moderna, sostenida por el paradigma positivista, que construyó una nueva visión de la enfermedad

basada en la comprensión físico-química, biológica y unicausal de la misma, con protagonismo de la industria farmacéutica y la tecnología para atenderla.

La convergencia de estos procesos en Estados Unidos ha tenido consecuencias adicionales: la individualización de la enfermedad y la privatización de la práctica médica en razón a las nuevas demandas tecnológicas de la formación médica, investigación clínica y los servicios de salud. En consecuencia, la infraestructura de los servicios de salud han exigido altas inversiones de capital, las cuales se reflejan en el aumento constante de los costos de la atención en salud. Esto trae efectos negativos en el acceso de la población a los servicios de salud y educación y demuestra la escasa regulación por parte del Estado.

Esta situación ha favorecido a los empresarios que aparecen como facilitadores del capital requerido para construir y equipar hospitales, clínicas y laboratorios a cargo del estado y encontrar en el campo de la salud un escenario de extracción de renta. Además, ha facilitado y favorecido el crecimiento de los seguros privados por su costosa atención médica.

Así comienzan nuevas y complejas relaciones entre la industria de medicamentos y de equipos tecnológicos, la prestación de servicios de atención médica, los seguros médicos y el sector accionario y financiero, los cuales se vinculan paulatinamente con las empresas administradoras de hospitales y con la academia para convertir la salud en una mercancía de rentabilidad permanente y un escenario privilegiado para el fortalecimiento y la expansión del capitalismo industrial y financiero. Todo esto permite la configuración del complejo médico industrial y financiero (CMIF) (5).

La magnitud y complejidad de las transformaciones en el campo de la salud, dentro del sistema de acumulación capitalista, han sido investigadas por autores de diferentes latitudes: Navarro (1976), Relman (6), Starr (20), Cordeiro (21), entre otros. Arnold Relman llama la atención en la dinámica corporativa del CMI y el poder político y económico, capaz de incidir en las políticas de salud estadounidenses (6).

Desde 1980, el CMI se ha estudiado en Brasil por autores como Vianna y Cordeiro para referirse a las complejas interrelaciones entre los diversos actores del sector de la salud y la economía. Estos autores se aproximan al funcionamiento del CMI desde la teoría económica y lo explican como un conjunto de industrias en donde los vínculos expresados por los flujos de bienes y servicios entre estas son más fuertes que los vínculos existentes con otros sectores de la economía. Sin embargo, no basta con estos vínculos en la cadena de producción, también es necesario comprender el papel que los diversos actores juegan en el CMI y los mecanismos para reproducirse en el tiempo. Los aportes de la economía y la teoría de los sistemas complejos explican los sistemas formados por unidades simples e interrelacionadas entre sí, de modo que el comportamiento de cada una influencia el de las otras y se retroalimenta dinámicamente. Según Vianna (8), el CMI es un producto histórico de la evo-

lución del sistema de salud y del desarrollo capitalista en el área médica: una práctica capitalista privada hegemónica en el sector salud.

La odontología moderna, surgida en el contexto histórico social de la Segunda Revolución Industrial en Estados Unidos a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, se vinculó con actores de casas comerciales que patentaron y desarrollaron técnicas e instrumentos para la atención bucodental, lo que para Malvin Ring (10), historiador de la odontología, se denominó *carrera de patentes*. Este primer impulso comercial y técnico-mecánico nació con la fundación de la International Tooth Crown Company en 1886 y con el surgimiento de estrategias de mercadeo del Dr. Samuel S. White, quien promocionó sus productos en revistas comerciales como la Dental Cosmos. En 1920, esta revista se fusionó con la revista de la Asociación Dental Americana, hoy referente de la odontología a nivel mundial (10).

Ante ese panorama, el Informe Flexner de 1910, en la búsqueda por normalizar la educación médica, se extendió a la odontología en 1926 y consiguió elevar el estatus de la odontológica técnica-mecánica a una odontología científica-moderna, con la introducción de la tecnología en la formación, la investigación y los servicios de salud oral (11).

Otros procesos que facilitan la consolidación del CMI son la expansión de procesos históricos que tienen lugar en la segunda mitad del siglo XX, tales como la revolución de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la financiarización de la economía y el globalismo. Este esquema llega a Colombia de forma determinante en los años de 1990 con la globalización, la apertura económica y el neoliberalismo en un contexto económico, social y cultural que abre un nuevo sistema de producción capitalista, conocido como posfordismo, basado y desarrollado con el capitalismo cognitivo (12,13).

Este sistema utiliza las TIC para interactuar y estimular a los consumidores y así crear valor económico y social para privatizar el conocimiento mediante la propiedad intelectual y las patentes.

El CMI en el sistema de producción posfordista se caracteriza por la producción del conocimiento a través de la investigación clínica y la innovación, por la difusión a través de la educación y por su venta en forma de tecnologías que son ubicadas en los servicios de salud.

La implantología moderna emergió en el contexto de la segunda mitad del siglo XX en Suecia, con un nuevo conocimiento llamado *oseointegración*: formó parte del CMI rápidamente. La oseointegración descrita en la década de 1970 sirvió de base científica para crear implantes dentales modernos. La Universidad de Gotemburgo, junto con la industria dental de Bofors Nobelpharma, colaboraron en la industrialización del primer prototipo de implante dental y en el desarrollo de la patente. Bofors Nobelpharma, una compañía sueca de armas, encuentra la oportunidad de involucrarse con el negocio de la industria farmacéutica (14-17).

En el contexto de una economía flexibilizada de los años de 1990, numerosas casas comerciales de implantes dentales ingresaron en el mercado y, en poco tiempo, bajo las leyes de propiedad intelectual, exigieron sistemas de implantes propios con nuevas compañías para invertir en investigación e innovación e introducir variaciones al sistema de implantes. Estas pequeñas variaciones en la forma, la superficie y el material mejoraron el rendimiento clínico de los implantes dentales, lo que mejoró la rentabilidad. Sin embargo, el doctor Asbjarn Jokstad (18) estudió la inexistencia de evidencia de calidad para modificar y cobrar más por los sistemas implantarios. Invertir en estudios clínicos forma parte de una estrategia comercial para posicionar sus productos en un mercado creciente, tal como se muestra en la tabla 6.1.

Tabla 6.1. Estrategias del funcionamiento del complejo médico industrial en implantología.

Actividad	Descripción
Producción de conocimiento en implantes dentales: Investigación e innovación	La mayor inversión en investigación en implantes se hace para modificar levemente la forma, el material y la superficie de los implantes preexistentes. Estas variaciones exigen uso intensivo de tecnología de punta y elevan el costo. Sin embargo, no representan mejoras clínicamente significativas; están protegidas con patente; han tenido consecuencias deletéreas en la salud de los pacientes (cuando la casa comercial con la cual se está tratando un paciente, desaparece); incrementa el precio del implante dental, y dejan de lado otros temas de investigación más importantes como la historia del fracaso implantario, periimplantitis, impacto de los implantes dentales, etc. En la FOUN, la industria ofrece sus implantes como insumo para las investigaciones de estudiantes y profesores de la Universidad; esta es una forma de subsidiar.
Difusión de conocimiento en implantes dentales: formación de profesionales de la odontología	Apropiación de las bases científico-técnicas de la academia por parte de la industria. La educación es el vehículo para posicionar el conocimiento que produce la industria. Modalidades de formación: La educación universitaria: participa de la industria en clases teórico-prácticas; difunde información con cursos de educación continuada. El modelo de formación flexneriano impulsa una racionalidad dependiente de la última tecnología y, por tanto, las casa comerciales. La educación continua ofertada por la industria. La industria paga a reconocidos clínicos e investigadores para que promocionen sus productos, por medio de conferencias y promociones de productos. Por ejemplo, Mis Implants Colombia, casa comercial, facilita el lanzamiento de un nuevo producto. La educación continua ofertada por asociaciones científicas. La industria patrocina estas actividades y en contraprestación promociona sus productos.

Continúa en la siguiente página.

Actividad	Descripción
Venta de conocimiento y tecnologías: servicios de salud de implantología dental.	<p>La industria tiene servicios de salud integrados verticalmente con casas comerciales. Mis Implants Colombia es propietaria de la Fundación Espaza Enclosed, que ofrece servicios de salud y educación. Adicionalmente, ubican sus productos en los servicios de docencia y asistencia en las facultades de odontología.</p> <p>De tal forma, el servicio de implantología es muy costoso; sin embargo, aparece como un servicio sin ánimo de lucro que busca hacer reinversión. Esto es delicado si hay desfinanciamiento en las entidades públicas estatales, como es el caso de las universidades públicas.</p> <p>Si la población que accede a los implantes es mayoritariamente mayor de 50 años, con capacidad de pago o de endeudamiento, se constituye un nicho de mercado que la seguridad social no ha protegido.</p>

Estas estrategias garantizan ganancias crecientes a la industria con excedentes en las cadenas de valor. En consecuencia, los profesionales y pacientes deben asumir los costos elevados asociados.

Este modelo, característico del CMI, se generaliza a la industria farmacéutica y de implantología dental con tendencias al monopolio eficiente con un número de empresas cada vez menor. La industria de implantes desarrolla formas de posfordismo, ya que algunas casas comerciales tienen sus propias asociaciones científicas, centros de formación y prestación de servicios de salud.

ESTÉTICA: PRODUCTO DE LA ODONTOLOGÍA MODERNA

El trabajo clínico del odontólogo, a diferencia del trabajo médico, es de carácter técnico-instrumental, lo que aumenta la presión social por lograr competitividad técnica y estética. Esto coloca al profesional en desventaja porque tiene que depender de la industria de materiales, técnicas y medios técnicos para efectuar tratamientos, lo que representa un amplio y creciente mercado para el CMI.

Las casas de implantes Mis Implants y Nobel biocare forman parte de corporaciones o policorporaciones tales como TA Associates y Danaher Corporation respectivamente, dedicadas a negocios de investigación biomédica y biotecnológica, industria farmacéutica y industria dental, empresas prestadoras de servicios de salud especializados, seguridad informática, empresas de software, tecnologías para el tratamiento del medio ambiente, agua y otras (19). Ese fenómeno se ha denominado por Paul Starr como: *la corporativización de la salud: el paso del control del estado o la academia al control corporativo de la salud* (5).

En conclusión, la definición de CMI no es unívoca ni homogénea; su uso, descripción y caracterización varían según la aproximación epistemológica, disciplinar y política del autor.

El CMI se puede definir como una extensa y creciente red de corporaciones privadas, dedicadas a la producción de bienes y servicios, con integración vertical y horizontal. Su propósito principal es obtener ganancias a partir de la explotación de patologías, mercantilización y corporativización del campo de la salud, con una hegemonía favorecida por el sistema de acumulación capitalista. En salud oral, es una extensión al campo social de la odontología para convertirse en un nicho de acumulación de capital.

El CMI en la implantología y en la FOUN debe estudiarse como parte de una estrategia global de corporaciones para acumular capital. El modelo articula diferentes actores y relaciones para usar la infraestructura, los recursos materiales e intelectuales y el prestigio de las instituciones académicas en función de sus intereses: el lucro.

El CMI ostenta una posición hegemónica en el campo de la salud gracias a su poder económico, con medios de producción en constante evolución tecnológica; a su poder social en la apropiación de las bases científico-técnicas en las que se sustenta la odontología moderna, y a su poder político por su capacidad de convertir las necesidades reales y sentidas de la población en beneficios del mercado y del lucro.

| 100 |

La corporativización de la salud bucal ha deshumanizado la profesión de la odontología. Ahora los productos y servicios son costosos y de difícil acceso y a los pacientes los convirtió en consumidores, excluidos por capacidad de pago. Además, redujo la autonomía profesional e institucional a un papel secundario, ya que se desempeñan como consumidores y comerciantes de productos.

La venta de implantes en la FOUN se puede considerar significativa para su funcionamiento, pues la creciente privatización de la educación superior pública en Colombia obliga a las facultades a autofinanciarse. La venta de implantes, otros productos y servicios suple la financiación que debe proveer el Estado colombiano. En consecuencia, el CMI invade al Estado y se hace subsidiario de la educación pública en la medida en que el desfinanciamiento obliga a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional a vender y comercializar productos del CMI para autosostenerse.

Por un lado, el CMI desfinancia y, por otro, estimula la investigación, educación pública y prestación de servicios en instituciones públicas con alta rentabilidad. Esto se reproduce en la industria azucarera por medio de patologías como la obesidad. En consecuencia, se estimula el número y venta de publicaciones como parte de la medicina basada en la evidencia para orientar la toma de decisiones clínicas; los investigadores ingresan así a la medicina científica.

Es importante cuestionar el rol de la academia, la industria, las asociaciones científicas, el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) frente al CMI y las tensiones entre el mercado público-privado de la ciencia y salud. Igualmente, es importante investigar alrededor de la bioética del CMI y del avance tecnológico desde el pensamiento crítico de la academia.

En la figura 6.1 se presenta un registro fotográfico de la socialización de la tesis en el seminario profesoral sobre Salud Colectiva realizado por el Departamento de SC de la Facultad de odontología, en el 2016.



Figura 6.1. Exposición trabajo de grado en el seminario sobre salud colectiva.

LIMITACIONES Y ACIERTOS

La investigación duró cuatro semestres académicos. En ese transcurso surgieron diferentes obstáculos. El primero apareció en la primera fase de la investigación con la documentación existente y su acceso. Se encontró que el tema se había investigado muy poco en el área de la odontología en Colombia, tal vez por ser un tema que implica abordar perspectivas de las ciencias sociales, por la naturalización de la práctica odontológica dentro del campo de las técnicas de alto costo y por las formas de invisibilizar debates críticos dentro de la salud pública y el campo de la salud. Frente a esto, las investigadoras optaron por realizar los estudios ubicando el foco en un caso: la implantología dental en la FOUN y en particular en una casa comercial: Mis Implants y en el desarrollo de investigaciones desde la SC porque incluía las ciencias sociales para explicar fenómenos en salud desde una perspectiva crítica.

Así mismo, en un primer momento se planteó participar en dos eventos académicos como parte del trabajo de campo de la metodología: uno organi-

zado por las casas comerciales y otro por la asociación científica. El primero no fue posible por razones financieras; se decidió participar en un solo evento, el de la asociación científica, pues tenía la capacidad de mostrar una visión amplia de la participación de la academia y la industria en la producción de la educación continua de las y los profesionales de la odontología.

No obstante, aunque la FOUN es una institución pública, la oficina de administración y tesorería no permitió el acceso a la información financiera relacionada con compra de implantes por ser considerada «información confidencial».

REFERENCIAS

1. Colombia. Ministerio de salud y protección social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Ensab IV [citado 10 sep 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/DQRzJn>.
2. Simoni H. Impacto del Edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños. *Acta Odontológica Venezolana*. 2013;51(3).
3. Abadía C. Pobreza y desigualdades sociales, un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica*. 2006;12(1).
4. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003. 2003 [citado 15 sep 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/QB62BV>.
5. Eslava J. Estado del arte sobre el Complejo Médico Industrial. Proyecto de investigación financiado por Colciencias N.º 617 de 2013 y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, desarrollado por el Grupo de Estudios Socio históricos de la Salud y la Protección Social; 2016.
6. Relman A. The New Medical-Industrial Complex. *N Engl J Med* 1980;303(17):963-70.
7. Ehrenreich B, Ehrenreich J. The American Health Empire: Power, Profit and Politics New York: Vintage Books; 1971.
8. Vianna M. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. *Revista de Saúde Coletiva*. 2002;12(2):375-90.
9. Gadelha C. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(2):531-5.
10. Ring M. Historia ilustrada de la Odontología. Barcelona: Ediciones Doyma, S. A.; 1989.
11. Gies W. Dental Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching; 1926.
12. Avila J. Introducción a la economía. 3a. ed. México: Plaza y Valdéz; 2004.
13. Ayestarán I. Capitalismo cognitivo en la economía *high tech* y *low cost*: de la ética hacker a la wikinomía. *Argumentos de Razón Técnica*. 2007;(10):89-123.
14. Rodas Rivera R. Historia de la implantología y la oseointegración, antes y después de Branemark. *Revista Estomatológica Herediana*. 2013;23(1):39-43.
15. Patentes y marcas. Madrid. 2015 [citado 10 sep 2015]. Disponible en: <https://goo.gl/xs6mgn>.
16. World Heritage Encyclopædia. Nobel Biocare. 2007 [citado 15 sep 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/ALHr8h>.
17. Echezarreta R, Echezarreta Y. Impacto científico y ético del desarrollo de la implantología en la sociedad. *Rev haban cienc méd*. 2009;8(4).
18. Jokstad A, Braegger U, Brunski J, Carr A, Naert I. Calidad de los implantes dentales. *Rev Int Prot Est*. 2005;3(7):283-317.
19. TA Associates. TA Associates. 2015 [citado 8 sep 2016]. Disponible en: <http://www.ta.com/>.

20. Starr P. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: Basic Books; 1982.
21. Cordeiro H. *Empresas médicas. Bases Teóricas de las transformaciones capitalistas de la práctica médica*. Sao Paulo; Estudios Sociológicos II; 1984 [citado 8 sep 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/SgQfFd>.

CAPÍTULO 7

LA RED COLOMBIANA DE SALUD COLECTIVA⁵

María Carolina Morales Borrero

Lorena Alexandra Maldonado Maldonado

INTRODUCCIÓN

| 105 |

En este capítulo se presenta un documento maestro de la Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC), que contiene los lineamientos generales de la red en el siguiente orden: carácter, programa político, principios, áreas y acuerdos de trabajo, forma organizativa y declaración política. Este documento se discutió en el marco del III Encuentro de la RCSC realizado los días 25 y 26 de septiembre de 2015 en la ciudad de Medellín.

La RCSC se concibió como un dispositivo de trabajo e interconexiones creativas y flexibles que, bajo la perspectiva teórico-metodológica de la SC, reunió y articuló personas, organizaciones y movimientos que comparten una agenda común en cuanto a la defensa del derecho a la salud, la vida digna y la paz en Colombia.

La conformación de la RCSC obedeció a un trabajo continuo de discusión que, desde el 2012, reconoció la necesidad de una mejor articulación de esfuerzos y actores en favor de las transformaciones sociales, en especial en el sector salud, necesario para el país. En el marco del Encuentro Internacional de Posgrados: Epidemiología Crítica y Gestión en Salud,

5 Si bien este capítulo fue redactado por las editoras, surgió a partir del consenso de todos los miembros de la Red Colombiana de Salud Colectiva quienes pertenecen a instituciones como el Ministerio de la Protección Social, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquia, la Universidad del Rosario, la Universidad Autónoma de Manizales, la Universidad de los Andes, la Universidad Santo Tomás y la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

realizado en noviembre de 2013 en Quito, Ecuador, en asociación con el Doctorado de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar, surgió la iniciativa de conformar la RCSC con una clara intención colectiva de organizar el trabajo para proyectar y fortalecer las propuestas de la sc en el país.

En la RCSC se entiende la sc (1) como un campo de pensamiento crítico y de praxis alternativas o contra hegemónicas en salud, que reconoce:

- La salud como un bien público y un derecho fundamental que a su vez es un objeto-concepto-campo social, histórico y complejo.
- Lo colectivo, como producto de distintas y diversas formas de interacción social en el tiempo y en el espacio, forma los procesos de salud-enfermedad-cuidado y formas de atención y muerte (2).
- La confluencia de múltiples epistemologías en la comprensión del conocimiento en salud. Para esto, involucra diversos saberes provenientes de la biología, epidemiología, gestión y administración en salud, filosofía y las ciencias sociales y humanas. Estas últimas desempeñan un papel nuclear que facilitan la articulación de la diversidad conceptual, producto de debates históricos, políticos, económicos y culturales en torno a los fenómenos de la salud.
- La necesidad de superar el paradigma biomédico y de salud pública convencional en la comprensión de los fenómenos individuales y sociales asociados al proceso salud-enfermedad-cuidado-atención-muerte, pues considera que estas formas de comprensión limitan el abordaje de un proceso que es en sí complejo y requiere de intervenciones pluridimensionales.
- La necesidad de producir conocimientos en salud que aporten a la transformación de la realidad material y simbólica de los colectivos humanos. Dicha transformación parte fundamentalmente del reconocimiento del sufrimiento colectivo generado por las condiciones asimétricas de existencia y dominación, pero también de las posibilidades de transformación de dichas condiciones mediante cambios en prácticas políticas, movilizaciones sociales, resignificaciones de las prácticas sociales y producciones de conocimiento como escenarios ideales de agencia social.

La sc se reconoce como un campo heredero de la tradición de la medicina social latinoamericana, corriente de pensamiento y movimiento político de filiación marxista, que en la segunda mitad del siglo XX comenzó a renovar la forma de estudiar los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA). La medicina social fue pionera en el desafío del pensamiento hegemónico en la atención y formación de la salud, así como de la búsqueda de transformaciones en los sistemas de atención en salud en la región; coexistió con las ideas de la salud pública, el sanitarismo, la medicina preventiva y la medicina comunitaria. Cada una tiene su propia genealogía y es relativamente autónoma, aunque son

también un intento de transformación de la sociedad. Este linaje se reconoció tardíamente por los pensadores latinoamericanos que se identificaron con el movimiento de medicina social (3).

La agenda común de la RCSC se fundamentó en esa tradición y reconoció la experiencia y aprendizaje de los diferentes referentes organizativos, muchos de los cuales continúan trabajando y forman parte de la RCSC, primera organización de SC de carácter nacional en Colombia.

La SC se entiende como un campo de pensamiento crítico y de prácticas alternativas en salud, en permanente reflexión y construcción, que se destaca por la interlocución con los saberes técnico-científicos de salud, epidemiología, gestión y administración en salud y ciencias sociales. Este campo intenta superar el modelo hegemónico del quehacer en salud, marcado por profundas injusticias, producto del modelo de desarrollo capitalista. Además, se han destacado líneas de investigación-acción en planeación y gestión de políticas y sistemas de salud, en la transformación integral de los servicios de salud en antropología y sociología crítica de la salud; en género y salud; trabajo y salud y, en general, en la lucha por el derecho a la salud como forma de superación de la inequidad y explotación basada en las relaciones de opresión de sexo-género, etnia-raza y clase social.

La SC, como heredera de los principios ideológicos de la medicina social, reivindica la posibilidad de ejercer una ciencia crítica, solidaria con las justas luchas de las organizaciones sociales y políticas en contra de la dominación y la explotación sin perder su rigurosidad teórico-metodológica, realizando un profundo cuestionamiento ontológico, epistemológico y ético-político, que al responder las preguntas sobre ¿quién ejerce la ciencia?, ¿cómo la ejerce? y ¿para qué la ejerce?, toma partido consciente por la construcción colectiva de conocimientos que atiendan responsablemente a las necesidades de los colectivos desde el punto de vista social y político.

CARÁCTER

La RCSC es una forma de trabajo e interacción creativa y flexible que articula diferentes actores para la construcción de ciencia crítica, prácticas en salud y luchas sociales desde el campo de pensamiento de la SC.

La RCSC promueve el respeto por las diferentes tradiciones de los procesos que entran a nutrir la de forma amplia, democrática y plural, es decir, apela al respeto por la diversidad de formas de organización social existentes y a una actuación cooperativa y solidaria que potencie la acción colectiva.

La agenda común se define en torno a la defensa del derecho a la salud, la vida digna y la paz. Es un propósito colectivo que coexiste y es coherente con los intereses propios o específicos de cada uno de los participantes en la RCSC (organizaciones sociales y políticas del campo de la salud, organizaciones so-

ciales y políticas que desarrollen trabajo en el campo de la salud, posgrados de salud pública, epidemiología, salud colectiva y relacionados, dependencias académicas del campo de la salud, instituciones de educación superior, grupos de investigación, las ONG del campo de la salud, etc.), los cuales son conscientes de que el trabajo en red es un trabajo en doble vía, pues fortalece tanto a la RCSC como a sus integrantes.

La RCSC saluda a las movilizaciones, los procesos de lucha y resistencia popular en el campo de la salud y a los hombres y mujeres que trabajan en estas; además, manifiesta su compromiso por acompañarlas, apropiarlas y participar activamente de ellas.

PROGRAMA

El programa de la RCSC es el proyecto académico, social y político que desarrollaron sus miembros a través de la acción conjunta y coordinada, constituyéndose en una *agenda común* de los actores que conforman la red.

La materialización del programa de la RCSC busca, desde la teoría y la praxis específica del campo de la sc, aportar a la superación de las causas estructurales que determinan los procesos destructores de la salud, particularmente los que provocan enfermedades, sufrimiento y muertes evitables. A partir de las prácticas del capital, del patriarcado y del racismo, que conforman la matriz de dominación y determinan los procesos destructivos de la salud en la actualidad, la RCSC se inscribe en la búsqueda y construcción de un nuevo orden social alternativo, anticapitalista, antipatriarcal y decolonial.

La RCSC, en su ejercicio de producción de conocimiento para la transformación de la realidad social, reconoce la necesidad de conformar grupos de trabajo y formas de organización y articulación social capaces de denunciar, promover e implementar cambios en las formas de reproducción social hegemónicas. En este sentido, el ejercicio académico-político, técnico-sanitario y social se desarrollará junto a las organizaciones sociales y políticas llamadas a transformar la realidad, los espacios deliberativos y decisivos donde se modele una sociedad alternativa. La RCSC pretende sumarse al esfuerzo de construcción contrahegemónica, crítica y de renovación institucional, con aportes específicos desde su quehacer en el campo de la sc.

El conjunto de debates teóricos y conceptuales sobre las prácticas de investigación y docencia, diseño e implementación de la política pública social y de salud se desarrollará desde comunidades ampliadas de producción de conocimiento y práctica social emancipadora. Para esto, la perspectiva intercultural asume un papel central en el desarrollo del programa de la RCSC para construir comprensiones y prácticas colectivas en salud que sinteticen los elementos más útiles de diferentes sistemas culturales y de pensamiento.

PRINCIPIOS ÉTICO-POLÍTICOS Y CIENTÍFICO-TÉCNICOS DE LA RED COLOMBIANA DE SALUD COLECTIVA

Los principios ético-políticos y científico-técnicos que orientan el accionar de la RCSC son:

- Reconocer la sc como un campo de pensamiento crítico dentro del campo de la salud, con perspectivas emancipadoras y trayectorias teórico-metodológicas, apropiada en un esfuerzo de superación del conocimiento y prácticas de la salud hegemónica y del orden social vigente.
- Valorar e impulsar la multiplicidad teórica-metodológica y la praxis de los actores de la sc que se vinculan a las luchas anticapitalistas, antipatriarcales y decoloniales en el trabajo de construcción de una sociedad equitativa y emancipada desde el accionar sanitario.
- Identificar y promover iniciativas, trabajos y agendas de los actores participantes, en donde se apoye de forma efectiva el desarrollo de actividades y planes académico-sociales y político-colectivos.
- Ejecutar de forma conjunta y coordinada con los diferentes actores sociales y políticos críticos, que inciden sobre los procesos de reproducción social del proceso salud-enfermedad-cuidado, formas de atención y muerte que afectan a diferentes colectivos en el país.
- Construir un sujeto ampliado de conocimientos y praxis emancipadoras y contrahegemónicas.
- Proponer una superación dialéctica del enfoque teórico-metodológico de la salud pública tradicional y la epidemiología positivista hegemónicas, creando y recreando instrumentos metodológicos de investigación y gestión participativos, colectivos y democráticos que contribuyan a la comprensión y solución de las necesidades en salud de forma colectiva.
- Comprender la salud como un bien público y un objeto-concepto-campo social, histórico y complejo.
- Defender el goce pleno a los servicios de salud y protección social como derechos universales y como elemento esencial para la vida digna.
- Reconocer la necesidad del diálogo, el conocimiento científico y el saber popular que, desde una perspectiva intercultural, sea capaz de sintetizar conocimientos y prácticas que aporten en la solución de problemas de salud y contribuyan a una vida digna.
- Colaborar de forma estrecha y robusta con las organizaciones en sc del país y de América Latina para sistematizar y visibilizar sus logros y reunir esfuerzos en los diferentes campos de acción común.
- Junto a organizaciones de sc del continente, exigirle a la política y economía la recuperación de principios éticos que defiendan la dignidad

humana y proclamen la globalización de la solidaridad y la defensa de la vida como una manifestación del compromiso con la construcción de la paz y de sociedades más equitativas.

ÁREAS DE TRABAJO

De acuerdo al quehacer sanitario y social de los actores que conforman la RCSC, el accionar se concentra en seis áreas de trabajo: el fortalecimiento de la producción de conocimiento y el accionar en salud del conjunto de organizaciones sociales y políticas colombianas; la implementación de políticas de salud y protección social universales, públicas, estatales, participativas, gratuitas y de calidad; la defensa de la paz con justicia social como garantía del buen vivir; el desarrollo y fortalecimiento de procesos de docencia-aprendizaje en salud de carácter crítico; el desarrollo y fortalecimiento de procesos de investigación en salud de carácter crítico, y el desarrollo y fortalecimiento del trabajo en red y comunicaciones.

Producción de conocimiento y fortalecimiento del accionar en salud del conjunto de organizaciones sociales y políticas colombianas

| 110 |

La producción de conocimiento fortalece las diferentes organizaciones y construye y resignifica las prácticas en salud, permitiendo el desarrollo de trabajo conjunto para atender las necesidades colectivas en salud. En esta área de trabajo se resaltan posibilidades de trabajo conjunto tales como:

- Apoyar a la sistematización, legitimación y difusión de los conocimientos y prácticas alternativas en salud propias de las comunidades y organizaciones populares.
- Garantizar la participación de la RCSC en los diferentes espacios deliberativos y decisivos de las organizaciones sociales y políticas, en la medida en que sea considerado pertinente conjuntamente para abordar discusiones y tareas técnico-científicas en el campo de la salud.
- Crear acuerdos con organizaciones sociales y políticas para discutir y fortalecer propuestas de políticas públicas y sociales de salud y seguridad social alternativas.
- Asegurar la presencia y el acompañamiento de la RCSC para la atención en salud durante eventos políticos y sociales, movilizaciones y protestas.
- Otras que sean consideradas prioritarias por los actores de la RCSC.

Implementación de políticas públicas de salud y protección social universales, estatales, participativas, gratuitas y de calidad

La RCSC suma esfuerzos para seguir apoyando propuestas como el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social; la Comisión de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de reforma estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social; la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud y Seguridad Social (Ansa), y la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud. Como organización de SC de carácter nacional, se promueve el fortalecimiento del programa y accionar de dichas propuestas de trabajo. Las tareas prioritarias en esta área de trabajo son:

- Fortalecer y difundir las propuestas alternativas de políticas de salud existentes.
- Realizar un acompañamiento pertinente al desarrollo e implementación de políticas alternativas de salud en territorios locales, regionales o nacionales.
- Realizar un acompañamiento crítico de los gobiernos alternativos en salud en los diferentes niveles administrativos y difundir la sistematización de sus experiencias y conocimientos generados.
- Fortalecer el intercambio de experiencias y conocimientos en formulación e implementación de políticas alternativas en salud y de diferentes gobiernos en salud en América Latina.
- Otras que sean consideradas prioritarias por los actores de la RCSC.

| 111 |

Defensa de la paz con justicia social como garantía de la vida digna

Se recogen los planteamientos del Movimiento de Reforma Sanitaria y del conjunto de las organizaciones políticas y sociales populares del país, en su clamor por soluciones política dialogadas del conflicto social, político, económico y armado en el país, como fundamento básico para la posibilidad de desarrollar modos de vida digna. Además, se propone comprender el accionar de la RCSC como aportes para la construcción de paz con justicia social desde el campo de la SC para:

- Apoyar las iniciativas generales de paz con justicia social vigentes.
- Crear iniciativas de paz con justicia social desde el campo sanitario.
- Defender la solución política dialogada del conflicto.
- Otras que sean consideradas prioritarias por los actores de la RCSC y que guarden coherencia con la agenda común.

Desarrollo y fortalecimiento de procesos de docencia-aprendizaje en salud de carácter crítico

Las instituciones de educación superior son los lugares de trabajo mayoritarios de los actores de la RCSC. En ese sentido, la RCSC apoyará los procesos de docencia y aprendizaje en salud de carácter crítico, potenciando su capacidad transformadora dentro y fuera de las mismas.

Los procesos de docencia y aprendizaje han sido históricamente una prioridad para el campo de la SC, lo que ha resultado en la creación de programas de pregrado, posgrados y procesos extrainstitucionales, los cuales han contribuido de forma contundente a la transformación de realidades sanitarias en América Latina. Las tareas prioritarias en esta área de trabajo son:

- Mejorar los cursos y programas de pregrado y posgrado en SC existentes y crear otros para responder a necesidades construidas colectivamente entre la RCSC y las organizaciones sociales y políticas del país.
- Afianzar la SC como campo de pensamiento crítico en los cursos, programas y demás escenarios académicos y de gestión, ocupados históricamente por la salud pública tradicional.
- Acompañar de forma crítica los procesos de formación en salud de las organizaciones sociales y políticas colombianas.

Desarrollo y fortalecimiento de procesos de investigación en salud de carácter crítico

Los procesos de investigación crítica son fundamentales para la construcción de conocimientos potentes para la transformación de la realidad sanitaria y social. En ese sentido, la RCSC fortalecerá estos procesos de investigación, desarrollando tareas consideradas prioritarias, tales como:

- Diseñar programas colectivos de investigación de los actores de la RCSC que recojan las tradiciones teórico-metodológicas de la SC.
- Promover la sistematización y difusión del conocimiento crítico en salud producido por actores científicos y populares, a través de iniciativas como las de la biblioteca virtual en SC, la edición de compendios en SC, etc.
- Construir espacios, tales como encuentros, congresos y coloquios locales, regionales y nacionales en SC para la difusión e intercambio de conocimiento crítico en salud, producido por actores científicos y populares.
- Gestionar recursos para proyectos de investigación crítica en salud.

Desarrollo y fortalecimiento del trabajo en red y comunicaciones

El trabajo en red y comunicaciones es un elemento estratégico para fortalecer y proyectar de la RCSC, esto determinará en buena medida sus posibilidades de acción.

Además, este trabajo debe permitir generar, ganar y mantener confianza entre los diferentes actores participantes a través de procesos de coordinación continuos y sistemáticos, que redunden en el fortalecimiento de los actores particulares y de la RCSC. Las capacidades de coordinación y dirección colectiva deben desarrollarse de forma conjunta, permitiendo la despersonalización de las mismas, la desconcentración de tareas y la descentralización efectiva de la RCSC. Las tareas consideradas prioritarias a desarrollar en esta área de trabajo son:

- Desarrollar instrumentos y estrategias de comunicación interna efectivas: red de correos, página web, boletines periódicos, base de datos, mapa de actores participantes.
- Realizar ejercicios permanentes de recolección de información sobre las agendas de trabajo, actividades, iniciativas y movilizaciones de los diferentes actores para la puesta en común.
- Difundir de manera intensiva la agenda común de trabajo construida desde la RCSC.
- Desarrollar estrategias de finanzas que incluyan la gestión y administración de recursos para desarrollar las actividades de la RCSC.

| 113 |

Para finalizar, cabe aclarar que las áreas de trabajo son interdependientes y las acciones deben ser coordinadas y consecuentes. El desarrollo de este programa seguramente será un aporte fundamental para la transformación social.

Formas de organización y acuerdos de la Red Colombiana de Salud Colectiva

Forman parte de la RCSC diferentes actores colectivos colombianos, institucionales y no institucionales, los cuales se identifican con la visión de la SC y comparten una agenda común en torno a la defensa del derecho a la salud, la vida digna, el buen vivir y la paz. La agenda común es un propósito colectivo que coexiste y concuerda con otros intereses propios o específicos de los participantes en la RCSC, los cuales son conscientes de que el trabajo en red es de doble vía, pues fortalece a la RCSC y a sus integrantes.

La organización aquí definida pretende facilitar el trabajo conjunto para desarrollar el programa, ganando y manteniendo la confianza a través de los procesos de coordinación continuos y sistemáticos.

El reconocimiento del trabajo de cada uno de los actores, desde sus nichos particulares y sus agendas, es el sustrato esencial para el trabajo en red. Por esto, cada uno de los actores es considerado como la unidad básica de la RCSC. La construcción de planes de trabajo, en respuesta a contingencias y colaboraciones puntuales, se producirá en dos tipos de espacios de discusión y toma de decisiones, diferenciados por su carácter y alcance. Estos espacios asamblearios son: uno de carácter nacional y otro local.

Los espacios asamblearios son las instancias de decisión más importantes de la RCSC. En estos se construyen las orientaciones y planes de trabajo que deben ser operados por los actores encargados de la coordinación de la red, que además serán elegidos por las asambleas. Estos espacios se denominan *encuentros* por su carácter fraterno y colectivo. Según la necesidad y posibilidad, se realizarán encuentros nacionales de la RCSC cada 12 o 24 meses.

Dada la importancia de la territorialización de las luchas y agendas colectivas, se realizarán encuentros locales del RCSC donde se considere necesario y posible cada 12 o 18 meses. En las asambleas se debe:

- Definir orientaciones y planes de trabajo nacionales y locales, de forma articulada y en diálogo con el programa de la RCSC.
- Hacer balances de trabajo de la RCSC y tomar las definiciones que se consideren pertinentes para mejorar su organización y funcionamiento.

En el encuentro nacional, cabe exclusivamente la potestad de modificar los acuerdos programáticos expresados en este documento.

Los asistentes a los espacios de asamblea serán todos los miembros de la RCSC. La toma de decisiones se priorizará por consenso; cuando no se logren acuerdos consensuados, se procederá a decidir por votación. Las votaciones se harán por delegados de cada uno de los nodos presentes en los encuentros. Cada uno de los nodos podrá convocar a encuentros de carácter local con el fin de discutir asuntos específicos de la agenda común y de los planes de trabajo colectivo. Los encargados de planificar los encuentros nacionales serán instancias de coordinación nacional conformada por representantes de los nodos participantes en la RCSC.

La coordinación nacional se conformará con delegados designados desde cada una de los nodos participantes en la RCSC, quienes serán ratificados en el encuentro nacional. Todos los nodos deben participar desde la coordinación nacional. Cada vez que se realice un encuentro nacional, la coordinación nacional debe ser elegida o ratificada. La coordinación nacional se reunirá cada 6 meses. De dichas reuniones, se realizarán relatorías que se publicarán por los medios de comunicación de la red.

La labor principal de la coordinación nacional será hacer seguimiento e impulsar el cumplimiento del plan de trabajo nacional para fortalecer la arti-

culación con cada uno de los nodos, enfrentar contingencias que interesen a la RCSC y realizar la vocería colectiva nacional de la RCSC.

Dentro de la coordinación nacional, se designará una secretaría ejecutiva que, más allá de las labores técnicas propias de una secretaría ejecutiva, promoverá las relaciones de la RCSC con otros actores sociales y políticos a nivel nacional e internacional.

Según la pertinencia y posibilidad por parte de los actores de la RCSC podrán crearse grupos de trabajo temático. Las formas de coordinación de cada grupo temático serán definidas autónomamente. Sin embargo, se sugiere que se sigan los lineamientos del programa de la red. Cuando existan grupos temáticos de carácter nacional, se deberá designar un delegado para entrar a conformar la coordinación nacional.

La RCSC deberá definir una política de finanzas que fortalezca el funcionamiento de la misma. La administración de los recursos se realizará de manera descentralizada, siendo los nodos los encargados de establecer mecanismos de recaudo y administración de recursos. De los recursos recaudados localmente, se aportará el 30 % para el funcionamiento de la coordinación nacional. Además de eso, deberán definir sus mecanismos de recaudación y administración de recursos. Se profundizará en que la gestión de recursos es una labor permanente de todos los actores de la RCSC.

Como política de la RCSC, todos los eventos y encuentros serán de carácter cooperativo, solidario y abierto, subsidiando la participación amplia de estudiantes y organizaciones sociales que así lo requieran.

DECLARACIÓN POLÍTICA DE LA RED COLOMBIANA DE SALUD COLECTIVA⁶

Los participantes en el III Encuentro de la Red Colombiana de Salud Colectiva, celebrado en Medellín Antioquia, entre los días 25 y 26 de septiembre de 2015, nos hemos reunidos para analizar la situación social y de la salud en el país y en la región latinoamericana. Identificamos complejos obstáculos para avanzar en la materialización de modos de vida autónomos, que demandan una articulación de los esfuerzos del conjunto de actores de nuestras sociedades que impidan: la violación sistemática de los derechos, en especial del derecho a la salud, la violencia de género, la mercantilización de la educación, el despojo de la tierra, de las semillas y de los conocimientos ancestrales en agricultura y alimentación, la segregación social, el desplazamiento forzado y la muerte de poblaciones enteras, grupos sociales, comunidades y ciudadanos

⁶ Este texto se tomó de la declaración realizada en el III Encuentro de la Red Colombiana de Salud Colectiva en los días 25 y 26 de septiembre de 2015.

por parte de megaproyectos geoestratégicos y extractivistas movilizadas por corporaciones transnacionales.

La RCSC se compromete con la búsqueda de oportunidades para realizar proyectos sociales emancipadores, fundamentados en los principios de la Salud Colectiva debatidos en el III Encuentro de la Red Colombiana de Salud Colectiva,

Declaramos nuestra intención de consolidar la Red Colombiana de Salud Colectiva (RCSC), como esfuerzo para la convergencia de una acción social, política y académica comprendida bajo los principios de solidaridad, confianza y equidad para un buen vivir democrático y sustentable para todos.

Afirmamos nuestra voluntad de respaldar y defender el derecho universal a la salud con base en la Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (4), acompañado de la constitución de sistemas de salud universales, integrales y gratuitos.

Afirmamos nuestra disposición para articularnos con otras redes, grupos, asociaciones y movimientos sociales locales, nacionales y regionales que impulsan y potencian el pensamiento y la praxis crítica como una manera de producir conocimiento y generar diálogo social amplio e inclusivo con actores y sectores sociales por el buen vivir para todos.

| 116 | Manifestamos el apoyo a una salida negociada al conflicto social y político, demandando la reparación integral a las víctimas y la garantía de no repetición. Exigimos un diálogo social incluyente y un accionar político gubernamental coherente con la construcción de condiciones para la paz con justicia social.

Nos solidarizamos con los defensores de derechos humanos, activistas sociales, líderes(as) de la restitución de tierras que luchan por la vida y los derechos colectivos en cada rincón de la nación, también con los campesinos en su lucha contra el empobrecimiento que producen los tratados de libre comercio realizados por los gobiernos nacionales de los últimos 20 años. Denunciamos las recientes amenazas y el asesinato de activistas en los barrios populares de Medellín, de líderes académicos de las universidades Nacional y Pedagógica Nacional de Bogotá, de líderes de los procesos de restitución de tierras en diferentes lugares del país. Denunciamos el papel del Estado en los conflictos socioambientales que recorren la geografía nacional, al ser promotor de un modelo de desarrollo extractivista y al servicio del gran capital. Exigimos al Estado la protección de la vida de los defensores de derechos humanos y activistas sociales y la garantía de libertad de expresión, organización y protesta.

Denunciamos la imposición de un sistema de salud que la ha convertido en negocio, del cual se lucran grupos empresariales y políticos, a costa de la muerte y de un sufrimiento evitable que padecen las mayorías de ciudadanos de la nación. A pesar del rechazo social generalizado, los partidos y políticos que

han gobernado en la historia del país, y contra las órdenes de los jueces, mantienen vigente y profundizan la normatividad que sostiene el sistema de salud.

Demandamos la reforma del sistema de salud, para la garantía del derecho a la salud, en condiciones de universalidad, equidad y con participación ciudadana incidente. Denunciamos el incumplimiento de los preceptos de la nueva Ley Estatutaria de la Salud y la dilación e inacción del gobierno nacional para garantizar su cumplimiento efectivo en todo el territorio nacional.

Mantenemos una postura crítica frente a la propuesta de cobertura universal de salud impulsada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) con el respaldo de la Organización de Estados Americanos (OEA), del Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y las metas posteriores a 2015 de los Objetivos del Milenio, (ODM) con el respaldo de la comunidad mundial del desarrollo, cuyo propósito central es defender la universalización de la protección financiera en salud y el acceso universal a servicios de salud. Esta propuesta solo mitiga la pobreza, crea y reproduce vulnerabilidades y revictimiza a las comunidades mediante la gestión y manejo social del riesgo que deja intactas las relaciones de poder y las causas estructurales de los problemas sociales y de la salud en el país.

Rechazamos la agenda, formulación e implementación de modelos de desarrollo y políticas que materializan las exigencias del capitalismo global situando la guerra, las violencias y el desarrollo de los ejes cruciales en función de los intereses de las multinacionales, que se expresan en el campo de la salud a través del complejo sanitario industrial en la región; estos modelos y políticas han buscado la cooptación y/o la amenaza a profesores, estudiantes, líderes políticos y sociales con el fin de eliminar las resistencias que se le presentan.

Nos comprometemos a articular los esfuerzos necesarios para lograr la construcción social de un sistema de salud universal garante del derecho a la salud.

Nos comprometemos a aunar esfuerzos para la democratización de las universidades y del conocimiento, lo cual incluye la defensa de la educación pública con calidad para todos y todas.

Nos comprometemos a impulsar la perspectiva de la determinación social del proceso salud enfermedad atención como propuesta amplia, incluyente y propositiva para orientar la construcción de políticas, planes y acciones contra hegemónicas e integradoras de las funciones misionales de formación, investigación y extensión con las apuestas de comunidades y poblaciones con posturas en contra de la subordinación al poder y a las inequidades sociales.

REFERENCIAS

1. Duarte E. Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión. *Salud colectiva*. Buenos Aires: 2014;10(1):57-65.
2. Almeida-Filho N. Ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
3. Galeano D, Trotta L, Spinelli H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud colectiva*. Buenos Aires: 2011;7(3):285-315.
4. Organización de las Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Cuestiones Sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14. Ginebra; 2000 [citado 2 Octubre 2017] Disponible en: <https://goo.gl/FhWJa6>.

CONCLUSIONES

Si te mantienes neutral ante situaciones de injusticia, has elegido el lado del opresor. Si un elefante tiene su pata en la cola del ratón y te dices neutral, el ratón no apreciará tu neutralidad.

DESMOND TUTU

En este libro sobre investigación en sc entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, se define *nuevo conocimiento* a aquel saber y/o conocimiento derivado del trabajo comunitario dedicado a lograr equidad en los modos de vida y al conocimiento derivado del trabajo académico que privilegia el pensamiento crítico ante realidades que reproducen problemas en las sociedades, en sus modos de vivir, en la expansión del bienestar y en las formas de emanciparse.

Se constatan varias capacidades de investigación (CI) en sc al revisar las investigaciones y las modalidades de construcción de nuevo conocimiento. Estas capacidades se han desarrollado de manera general, mediante la elaboración de propuestas de carácter teórico-metodológicas y/o prácticas y durante el proceso mismo de realizar la lectura, comprensión, explicación y transformación de las inequidades.

Las CI en sc de carácter individual asumieron problemáticas en una dimensión local, micro o singular, por parte de un investigador; mientras que las CI grupales se enfocaron al estudio de dimensiones macro o generales necesarias para comprender problemáticas en salud con efectos globales, por parte del grupo de investigación o del trabajo en equipo o en red.

Debido a que la totalidad de las investigaciones se desarrollaron en territorios y condiciones histórico-sociales muy específicas, bajo un paradigma del crítico, fue posible construir un nuevo conocimiento asociado a un espacio social, con participación de los sujetos de estudio y sin la pretensión de generalizar sus resultados, por lo cual han elaborado conocimiento situado. Esto, más que representar una limitación en términos de la ciencia tradicional, significa un desafío para la salud colectiva, consistente en el desarrollo

de investigaciones y capacidades de investigación pertinentes y acordes a las problemáticas en salud.

El debate sobre estas capacidades de investigación plantea interrogantes sobre el estudio de las inequidades en el marco de las políticas del sistema de ciencia y tecnología del país, debido a la escasa disposición de recursos para el estudio de estas problemáticas, a la complejidad de los enfoques requeridos para el estudio de estos problemas, al predominio de otros paradigmas de investigación en salud y a la ausencia de agendas de investigación en salud y en salud colectiva.

Pese a la necesidad de atender y realizar nuevas investigaciones en salud con un carácter realista, crítico y transdisciplinario y con soporte político, las políticas en investigación existentes no responden a estas necesidades.

Por otra parte, al revisar el valor práctico de las investigaciones, surge otro debate relacionado con la aplicabilidad de los resultados, sobre problemáticas similares y en territorios específicos, conservando su particularidad. Se define el valor práctico en la relación con la teoría: en los aportes o aproximaciones a nivel teórico-conceptual para ampliar la perspectiva de una o más categorías, con nuevas categorías o perspectivas.

Dentro del semillero de investigación de salud colectiva y la RCSC se identificaron CI aplicables en distintas situaciones, con un aporte basado en la incidencia política, en la articulación entre organizaciones sociales y comunitarias con un fin común.

El desarrollo de nuevas capacidades se evidencia con los paradigmas empleados en los estudios, las nuevas propuestas que emergieron y las categorías estudiadas. En particular, se puede señalar una nueva CI en SC con la superación de la oposición individuo-sociedad a partir de una lectura procesual de la información, que revele los mecanismos sociales que explican la reproducción del fenómeno social estudiado. En general, las investigaciones proponen CI mediante el diálogo micro y macro, entre enfoques de investigación, autores y corrientes de pensamiento.

Entre los atributos y elementos desarrollados con las CI se destacan los proyectos realizados en el marco de políticas para el desarrollo de la salud colectiva (en la Universidad Nacional de Colombia), con estímulo para la formación e investigación en el campo y el desarrollo de líneas de investigación en salud colectiva. Entre los mecanismos de cooperación e intercambio entre investigadores se destaca la Red Colombiana de Salud Colectiva, por mejorar la infraestructura para la investigación y la disponibilidad de recursos humanos, financieros y técnicos de uso en red.

En síntesis, al valorar las CI en SC es claro que estas no se pueden reducir a la recolección de incentivos o al emprendimiento. Esto conduce a redoblar esfuerzos para transferir o difundir el conocimiento solamente. Si se trata de desarrollar CI en SC que superen el uso de un método científico (paradigma

positivista o hermenéutico) y establecer relaciones entre conceptos y teorías para explicar la realidad con toda su complejidad es preciso formular e implementar políticas de investigación en salud acordes a las necesidades del país.

Por otra parte, se asumen como tareas pendientes para ampliar las CI, el desarrollo de nuevas apuestas metodológicas para investigar sobre la determinación social de las inequidades con mediaciones entre niveles, dirigidas a comprender los fenómenos sociales y humanos que implican varias dimensiones sociales de la realidad.

Entre las proyecciones de la investigación en SC en Colombia se requieren proyectos que generen conocimiento situado y realicen propuestas teóricas sobre SC, con conceptos que demarquen su trayectoria, esquemas de contraste y diferenciación, sistematización de experiencias o situaciones de comunidades específicas en SC y/o el desarrollo histórico de la SC. En esta labor se recomienda trabajar de manera transdisciplinar con las ciencias sociales y naturales y diversas comunidades.

La investigación en SC entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud conlleva atacar las inequidades con participación de los actores en el escenario de poder social, económico y político. Esto implica desarrollar capacidades para crear, recrear y apropiarse conocimiento y entender la territorialidad que produce desigualdad e inequidad. Se requieren nuevas formas de organización territorial de la investigación para facilitar el empleo de las CI en SC. Las CI en SC adquieren un valor práctico a partir de su expresión territorial. El mayor desafío radica en desarrollar CI en SC con diverso valor práctico.

Este libro fue digitalizado
por Hipertexto Ltda. en marzo de 2018.
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, D. C., Colombia

« Salud Pública y Nutrición Humana »

El libro ofrece al lector, no un método de investigación nuevo, sino una perspectiva novedosa de la investigación en salud que reúne aportes de diferentes enfoques teóricos y metodológicos, tanto de las ciencias sociales como de las ciencias de la salud, con el propósito de comprender los problemas que afectan la vida y la salud de las comunidades en distintos territorios.

La novedad y vigencia de este texto radica en el desarrollo de un carácter específico sobre la investigación en salud para aproximarse a la complejidad de los problemas en salud general y bucal desde un pensamiento crítico e interdisciplinario.

FACULTAD DE MEDICINA
Sede Bogotá



9 789587 833775