

La Epidemiología como campo transdisciplinar pertinente de la salud de las poblaciones. El caso de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 1970-2016

Samuel Andrés Arias Valencia

**Tesis
Doctorado en Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

La Epidemiología como campo transdisciplinar pertinente de la salud de las poblaciones. El caso de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, 1970-2016

Samuel Andrés Arias Valencia

**Tesis
Doctorado en Salud Pública**

Directora:

María Patricia Arbeláez Montoya, MD, PhD
Profesora Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Asesores:

Jorge Antonio Mejía, PhD
Profesor Instituto de Filosofía
Universidad de Antioquia

Jorge Márquez, PhD
Profesor Facultad de Ciencias Humanas y Económicas
Universidad Nacional de Colombia

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

A Lina, Ana y María José

Agradecimientos

A mis maestros, colegas y alumnos por su generosidad, por haberme confiado trozos de su vida, por haberme prestado sus palabras y pensamientos para narrar esta historia.

A María Patricia Arbeláez, por ser la mejor compañía académica posible durante mi proceso de formación en Epidemiología y Salud Pública.

A Jorge Mejía y a Jorge Márquez por sus señales oportunas.

A mis compañeros del doctorado.

A tantos y tantos músicos que sin sus melodías hubiese sido muy difícil lograrlo.

Tabla de contenido

Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
Capítulo 1. ¿Por qué indagar las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia?	15
Problema de investigación	15
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Capítulo 2. ¿Cómo indagar las prácticas disciplinares desde la etnografía y la historia?	18
Enfoque epistemológico: La necesidad de una indagación constructivista y crítica de las prácticas y el conocimiento en Epidemiología	18
La construcción social del conocimiento científico	18
De la objetividad a la intersubjetividad y de la verdad a la comprensión	20
¿Comprender para qué?	23
Diseño metodológico: Un estudio de caso histórico etnográfico	25
Una artesanía para la praxis	25
La configuración operativa del diseño	28
Aspectos éticos	36
Capítulo 3. Una reflexión preliminar historiográfica, epistemológica y política de la Epidemiología	39
Del saber cotidiano al conocimiento científico de la enfermedad en las poblaciones	39
Una propuesta para valorar la trayectoria epistemológica de la Epidemiología	39
La génesis de una práctica discursiva sobre la enfermedad en la población	40
La constitución de la Epidemiología como una disciplina científica	41
Las consecuencias del fetiche metodológico	43
Epidemiología, equidad y justicia social	46
La Epidemiología, disciplina científica con propósito moral	46

Liberalismo, justicia y Epidemiología: el valor de la libertad	48
Teoría crítica, justicia y Epidemiología: el valor de la igualdad	55
Capítulo 4. Pródromos de la Epidemiología como disciplina en Colombia: la institucionalización de la Higiene y la Salud Pública en Colombia, y el rol de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (1913 a 1969)	61
Más que un cambio nominal: de la Higiene Pública a la Salud Pública en Colombia	61
La consolidación del modelo norteamericano: Medicina Preventiva y Salud Pública	63
Salud pública y desarrollo: los ‘años 60’ entre la Revolución Cubana y la Alianza por el Progreso	69
La salud pública colombiana en el contexto del Frente Nacional para frenar la Violencia y promover el desarrollo	72
La Escuela Superior de Higiene, luego Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia	75
La creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y el impacto de sus primeros años en la salud pública del país	77
Conclusión del capítulo	81
Capítulo 5. El reconocimiento de la Epidemiología como disciplina y profesión de la salud en Colombia (1970 – 1989)	83
Del determinismo unicausal a la multicausalidad probabilística en Epidemiología	83
El creciente interés y necesidad por la Epidemiología en Latinoamérica	88
La institucionalización académica de la Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (1969-1979)	92
Aprender a enseñar Epidemiología	92
Los años rojos en la Universidad de Antioquia	98
El poder del “Emirato” en la Escuela Nacional de Salud Pública	101
La Epidemiología, de la academia a los Servicios de Salud	108
Los turbulentos años ochenta y la Facultad Nacional de Salud Pública (1980-1989)	112
La muerte en la Universidad de Antioquia	119
La Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública en los ochenta	123
Usos y perspectivas de la Epidemiología en América Latina y el Caribe en la década del ochenta	126
Conclusión del capítulo	131
Capítulo 6. La Epidemiología en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (1990-2000)	134

Los noventa: Neoliberalismo y salud	134
La crisis de la Salud Pública	137
“No éramos tan poderosos”: La Ley 100 de 1993	139
La Epidemiología de la Universidad de Antioquia en el nuevo contexto del SGSSS	145
La carga de la Enfermedad como insumo para el SGSSS	148
La Maestría en Epidemiología entre la arrogancia disciplinar, la apertura y la funcionalidad	149
Una maestría en Epidemiología para la clínica	160
Conclusión del capítulo	167
Capítulo 7. La Salud Pública y la Epidemiología del nuevo milenio (2001-2016)	170
La universidad pública y el mercado de la salud, la educación y la ciencia	170
La Investigación en el Grupo de Epidemiología de la Universidad de Antioquia	173
La publicación de resultados de investigación del Grupo de Epidemiología	179
La necesidad de formación doctoral en Salud Pública para Colombia	185
Crisis económica mundial, Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y las luchas por el Derecho a la Salud en Colombia	191
La crisis del SGSSS y el Derecho a la Salud en Colombia	192
Una salud pública y dos doctorados	200
La trayectoria del Doctorado en Epidemiología	203
El Grupo de Epidemiología de la Universidad de Antioquia hoy	206
Identidad, cohesión y proyección	211
Conclusión del capítulo	214
Capítulo 8. Una lectura de las prácticas contemporáneas de la Epidemiología en Colombia	216
La identidad de la Epidemiología	217
Enfoque instrumental-metodológico	217
Enfoque disciplinar poblacional	219
La salud-enfermedad como objeto de la Epidemiología	221
El saber epidemiológico	225
Enfoques epistemológicos en Epidemiología	225
Teoría en Epidemiología	229
El método epidemiológico	233
Los límites de la Epidemiología como disciplina la empujan a la transdisciplinariedad	238

¿Para qué la Epidemiología? Epidemiología, ética y política	242
Pragmatismo epidemiológico versus Epidemiología comprometida	243
La pertinencia como pragmatismo reflexivo	248
La comunidad disciplinar en Epidemiología	250
Conclusión de capítulo	251
Capítulo 9. Síntesis comprensiva y propuesta: La Epidemiología como campo transdisciplinar pertinente de la salud de las poblaciones	254
Introducción	254
¿Por qué narrar la Epidemiología?	254
El campo de la Epidemiología en el caso de la FNSP	256
Relación de la trayectoria de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP con las tradiciones de la disciplina y el contexto sociopolítico	257
El complejo objeto de la Epidemiología	259
Construcción del saber y del conocimiento	261
Implicaciones ético-políticas de las prácticas disciplinares de la Epidemiología	263
Epidemiología y transdisciplinariedad. El campo de una disciplina anfibia	264
Bibliografía	267

Lista de tablas

Tabla 1. Artículo, citas e índice H en Google Académico y Scopus de los profesores del GEPI de la Universidad de Antioquia, abril de 2017 (N Google=8, N Scopus=12)	182
---	-----

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Mapa conceptual de la Epidemiología como disciplina científica con propósito moral	47
Ilustración 2. Mapa conceptual de la relación de la Epidemiología con la tradición liberal de Justicia Social	49
Ilustración 3. Mapa conceptual de la relación de la Epidemiología con la tradición crítica de la sociedad, específicamente con la Medicina Social Latinoamericana	57

“Yo no soy filósofo, ni de profesión ni de formación. Soy un investigador, interesado en particular en las cuestiones conceptuales y metodológicas de la práctica científica de mi campo disciplinar que es la Epidemiología”.

Naomar de Almeida-Filho

“El mundo no está hecho de átomos, está hecho de historias”.

Eduardo Galeano

Resumen

Objetivo: Comprender las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia entre 1970 y 2016, en las dimensiones epistemológicas, ontológicas y ético-políticas.

Métodos: Desde una postura epistemológica constructivista y crítica se configuró un estudio de caso histórico-etnográfico donde se integraron revisión de fuentes documentales y sesenta entrevistas a epidemiólogos, salubristas y clínicos de los ámbitos académicos, gubernamentales y de los servicios de salud, tanto con vínculo con la Universidad de Antioquia como de otras instituciones nacionales y extranjeras. La estrategia de análisis y síntesis parte de la propuesta “hermenéutica dialéctica” de Minayo de Souza e integra elementos de los Estudios Críticos del Discurso y de investigación narrativa.

Principales Resultados: Se describe la trayectoria de la Epidemiología en cuatro periodos: 1) Pródornos de la Epidemiología en Colombia (1913 a 1969), 2) El reconocimiento de la Epidemiología como disciplina y profesión de la salud en Colombia (1970 – 1989), 3) Una Epidemiología para un Sistema General de Seguridad Social en Salud (1990-2000) y 4) La Salud Pública y la Epidemiología del nuevo milenio (2001-2016). Con respecto a las prácticas contemporáneas de la disciplina se encuentra pluralidad en la concepción disciplinar, en cómo se concibe la construcción del conocimiento en Epidemiología y en la percepción de las implicaciones éticas y políticas de su quehacer.

Discusión: La Epidemiología está llegando a un momento donde es necesario trascender la discusión metodológica para comprender y definir mejor sus prácticas. Es posible que sea en lo teleológico, en una “Epidemiología pertinente” donde se encuentre una alternativa para la construcción de una disciplina intencionada, amplia e integradora.

Palabras clave: Epidemiología; Salud Pública; Historia de las ciencias; Sociología del conocimiento; Bioética, Etnografía, Colombia

Abstract

Objective: To understand the disciplinary practices of Epidemiology at the National School of Public Health of the University of Antioquia between 1970 and 2016, in the epistemological, ontological and ethical-political dimensions.

Methods: From a constructivist and critical epistemological stance, a historical-ethnographic case study was set up, which included review of documentary sources and sixty interviews with epidemiologists, health professionals and clinicians from the academic, governmental and health services fields, both with a link with the University of Antioquia as well as other national and foreign institutions. The strategy of analysis and synthesis was based on Minayo de Souza's "dialectical hermeneutic" proposal and integrates elements of Critical Discourse Studies and Narrative Research.

Results: The trajectory of Epidemiology is described in four periods: 1) Prodromes of the Epidemiology in Colombia (1913 to 1969), 2) The recognition of Epidemiology as a discipline and profession of health in Colombia (1970 - 1989), 3) Epidemiology for a new in Health System in Colombia (1990-2000) and 4) Public Health and the Epidemiology of the new millennium (2001-2016). With respect to the contemporary practices of the discipline, exist many disciplinary conceptions, in how the construction of knowledge is conceived and in the perception of the ethical and political implications.

Discussion: The Epidemiology is reaching a point where it is necessary to transcend the methodological discussion to better understand and define its practices. It is possible that it is in the teleological, in a "Relevant Epidemiology" where an alternative is found for the construction of an intentional, wide and integrating discipline.

Keywords: Epidemiology; Public health; History of science; Sociology of knowledge; Bioethics; Ethnography, Colombia.

Introducción

La trayectoria de la Epidemiología en Colombia tiene alrededor de un siglo. Su consolidación disciplinar se gestó en la segunda mitad del siglo XX a través de algunos programas de formación. La primera institución en ofrecer un programa de Epidemiología en el país fue la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, luego llamada Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP), en Medellín; por tal razón, comprender las prácticas epidemiológicas de esta escuela puede ser un buen caso para valorar las implicaciones ontológicas, epistemológicas y ético-políticas de la disciplina en un contexto de subordinación y colonia intelectual como es Colombia.

En consecuencia, el objetivo propuesto para esta tesis fue comprender las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) entre 1970 y 2016, a partir de sus dimensiones disciplinares, ontológicas, epistemológicas y ético-políticas.

El documento está organizado de la siguiente manera:

En el capítulo 1 se encuentra el planteamiento del problema del estudio y sus objetivos; el capítulo 2 es el metodológico, se describen los aspectos epistemológicos que sustenta la propuesta, la elección y configuración de un estudio de caso histórico etnográfico como diseño y sus aspectos éticos; en el capítulo 3 se hace dos reflexiones teóricas preliminares necesarias para poner en contexto los hallazgos del estudio, la primera trata sobre la trayectoria historiográfica y epistemológica de la disciplina y la segunda, sobre la exploración teórica de la relación de la Epidemiología con la equidad en salud y la justicia social.

Entre los capítulos 4 al 7 se encuentra la trayectoria de la Epidemiología como disciplina en la FNSP, en estos capítulos se teje un relato entre la situación sociopolítica y económica de cada periodo, su influencia en el campo de la salud y específicamente en las dinámicas académicas de la FNSP y de la Epidemiología en ella a través de las cuatro dimensiones de interés relacionadas definidas en los objetivos del estudio. A medida que van avanzando los capítulos la presencia de la voz de los miembros de la comunidad disciplinar se hace más presente en la intención deliberada de que sea narrada la Historia de la disciplina a partir de las historias de quienes la vivieron.

En el capítulo 8 se cede aún más la voz a los participantes y se configura a través de esa expresión coral un texto que describe las prácticas disciplinares de la Epidemiología hoy desde su comprender y hacer.

Por último, en el capítulo 9 hago un ejercicio de síntesis comprensiva de todo el proceso y esbozo, a partir de las reflexiones suscitadas, una propuesta para una “Epidemiología pertinente”.

Capítulo 1. ¿Por qué indagar las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia?

Problema de investigación

La Epidemiología es reconocida como una disciplina científica que tiene como finalidad comprender los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad en las poblaciones para contribuir con el control de los problemas sanitarios (Almeida Filho, 2007; Bhopal, 2002b; Jaime Breilh, 2013a; Broadbent, 2013; Krieger, 2011b). Sin embargo, en sus distintas versiones hay diferencias en las valoraciones sobre las categorías centrales de esa intención: ¿qué es salud?, ¿qué es enfermedad?, ¿qué es población?; adicionalmente surge la inquietud sobre cómo la Epidemiología cumple con ese propósito. Las diferentes respuestas a estas preguntas tienen inevitables consecuencias ontológicas, epistemológicas y ético-políticas para la Epidemiología como disciplina científica.

Estas preguntas no se resuelven sólo mediante un ejercicio de reflexión teórica, pues si aceptamos que el conocimiento científico se construye socialmente, la respuesta está mediada por las **prácticas** al interior de las comunidades científicas (Barnes, Bloor, & Henry, 1996; Gonzalez de la Fe & Sancehz Navarro, 1988; Latour & Woolgar, 1995). La “práctica” no debe entenderse solo como la actividad del sujeto, sino cómo esta actividad está condicionada por la existencia de normas, de condiciones, que le permiten al sujeto elaborar el discurso sobre su propia acción. Las prácticas son, parafraseando a Foucault, “lo que hacen [las personas] y la manera que lo hacen, (...) las formas de racionalidad que organizan las maneras de hacer” (Castro, 2011, p. 315)¹.

Es decir, lo que piensan, dicen y hacen los epidemiólogos los define como científicos y condiciona el conocimiento que generan. Adicionalmente, esos actos y discursos no son aislados sino que se han construido social e históricamente y, como en todas las disciplinas científicas, establecen relaciones de poder tanto en su interior como en la sociedad (Almeida Filho, 2007; Bhopal, 2002b; Jaime Breilh, 2013a; Broadbent, 2013; Krieger, 2011b; Porta, 2008, p. 95).

¹ Citado por Edgardo Castro en el Diccionario Foucault (Castro, 2011)

Según algunos autores, las primeras prácticas epidemiológicas en Colombia surgieron hace un siglo aproximadamente (Estrada Orrego, 2004; Idrovo, Eslava, Ruiz-Rodríguez, & Rodríguez, 2008; Márquez-Valderrama, 2004; Romero-Beltrán, 1999), y es probable que su consolidación disciplinar se haya gestado en la segunda mitad del siglo XX a través de algunos programas académicos, cuyo diseño curricular surgió de las experiencias de formación de algunos médicos en escuelas norteamericanas y europeas (Idrovo et al., 2008; Romero-Beltrán, 1999). La primera institución en ofrecer un programa de posgrado en Epidemiología fue la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (hoy, Facultad Nacional de Salud Pública) (Idrovo et al., 2008; Romero-Beltrán, 1999); por tal razón, considero que comprender las prácticas epidemiológicas de esta escuela es un buen “caso” para valorar las implicaciones ontológicas, epistemológicas y ético-políticas de la disciplina en un contexto de subordinación intelectual, como ha sucedido en Colombia o Latinoamérica (Castro-Gómez, 2003, 2007). Adicionalmente esta indagación es una oportunidad reflexiva para la comunidad académica de la Facultad para comprender su pasado y presente, y proyectar el futuro.

Por tanto, la pregunta central que orientó esta tesis fue: ¿Cuáles y cómo han sido las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (FNSP) entre 1970 y 2016?

Objetivos

Objetivo general

Comprender las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública entre 1970 y 2016.

Objetivos específicos

1. Comprender cómo se ha configurado y construido el objeto de estudio y el conocimiento en Epidemiología en la FNSP entre 1970 y 2016.
2. Comprender la relación de la trayectoria de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP con las tradiciones de la disciplina en el mundo.

3. Comprender las implicaciones éticas y políticas de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP entre 1970 y 2016.

Capítulo 2. ¿Cómo indagar las prácticas disciplinares desde la etnografía y la historia?

Enfoque epistemológico: La necesidad de una indagación constructivista y crítica de las prácticas y el conocimiento en Epidemiología

La construcción social del conocimiento científico

Lo primero que es necesario aclarar, es que el objeto de estudio es diferente a la mayoría de estudios que habitualmente se hacen en los programas de formación en Salud Pública, pues el objeto es la Epidemiología como disciplina científica (oficio, comunidad, objeto, saber y método) y el conocimiento que produce en un contexto específico: la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia.

En esta propuesta parto de considerar que para los humanos sólo es posible saber de la realidad a través del conocimiento y éste siempre es una construcción social, independiente de si viene del sentido común, es un saber popular o es conocimiento científico (Berger & Luckmann, 2006; T. González & Sánchez-Navarro, 1988).

Comparto la postura del Programa Fuerte de Edimburgo² que considera la realidad como “un factor común en todas las muy diferentes respuestas cognitivas que los hombres producen a la misma” (Barnes & Bloor, 1989, p. 34); o la De la Garza, desde una lectura marxista: “la realidad tiene una dimensión de sentido, entendido como códigos acumulados para construir significados concretos para la situación concreta” (De la Garza-Toledo, 2012, p. 243). Es decir, la realidad es la fuente de las creencias, que en la medida en que se validan socialmente se convierten en conocimiento; independiente de que las creencias sean sobre el mundo natural (‘no social’) o el mundo social, que finalmente también es naturaleza; una naturaleza gestada por nosotros, la especie humana. Considerar que el conocimiento depende exclusivamente de las capacidades biológicas de percepción que tenemos los humanos revela un sesgo individualista e ingenuo del conocimiento (Barnes & Bloor, 1989). Por tanto tomo distancia del *realismo ingenuo*, pues la experiencia sensorial, ‘los hechos’ por sí mismos no son suficientes para explicar la realidad y las divergencias teóricas que se hacen de

² El programa Fuerte de Edimburgo es una de las corrientes más importantes de la Sociología del Conocimiento Científico, cuyo más connotado representante es David Bloor (Gonzalez de la Fe & Sanchez Navarro, 1988).

ella; pues el origen del conocimiento es siempre esencialmente social (Barnes & Bloor, 1989, p. 31).

Por tanto, el conocimiento científico sólo es ‘conocimiento’ cuando existe una comunidad científica que lo avala. Esos criterios con los que la creencia se convierte en conocimiento, no son dados por la naturaleza misma de la realidad, son producto del acuerdo (en la mayoría de los casos tácito) de las comunidades y de la eficacia de las explicaciones para comprender el fenómeno de interés y, en muchas ocasiones, por las implicaciones prácticas para la vida humana (Barnes et al., 1996; Latour, 2012).

Desde esta perspectiva, la ‘verdad’ no es una categoría metafísica que habita el mundo de las ideas, al que se puede acceder a través de la razón, tampoco es la correspondencia unívoca entre la percepción sensorial y la realidad; como ya lo mencioné. Por ser el conocimiento una creencia validada socialmente, la sociedad define los criterios para establecer la verdad. En el caso de la ciencia dichos criterios se fundamentan en el cuerpo teórico construido por la tradición de una comunidad científica. Toda nueva experiencia se valida por medio de esos criterios. Por tanto, la ‘objetividad’, los criterios de ‘validez’: ‘la verdad’ de un conocimiento científico es una convención social, es un acuerdo intersubjetivo entre sujetos que hacen parte de una comunidad científica (Bloor, 1998a).

Es tentador pensar que una postura constructivista del conocimiento científico, como la expuesta, inevitablemente conduce al barranco del relativismo extremo, donde cualquier conocimiento tiene el mismo valor. Que el conocimiento científico sea convencional, no significa que sea arbitrario; hay una exigencia de credibilidad y utilidad (juzgadas socialmente) que es imprescindible para convertirse en una convención. Por supuesto estas convenciones no son ni auto-evidentes, ni universales, ni estáticas. Eso no implica que una convención, una teoría, aceptada por un grupo sea una verdad metafísica (Bloor, 1998a, p. 86). Solo es posible hablar de verosimilitud y credibilidad, no de validez, objetividad y verdad.

Asumir una postura constructivista y relativista frente al conocimiento científico no afirma que éste sea ajeno a la realidad, pues la oposición a lo relativo es lo absoluto del lenguaje, no la realidad. Las comunidades científicas y disciplinares proponen lecturas de la realidad, no poseen una versión *absoluta* de la realidad. Que haya más de una versión, que en momentos cruciales de cada disciplina generan disputas, no niega para nada la referencia a la realidad.

Aceptar que tanto los criterios de validez como de eficacia y utilidad son convencionales, por ser acuerdos de los miembros de una disciplina, necesariamente es aceptar que éstos son definidos intrínsecamente por una comunidad científica y extrínsecamente, por la sociedad en la que viven e

interactúan los científicos (Barnes et al., 1996). Por tanto, la actividad científica no es neutral y los intereses en juego de sus comunidades van más allá del solo conocimiento (Barnes et al., 1996; Bourdieu, 1999b, 2003; Salomon, 1974). Bourdieu así lo entendía y propuso que la ciencia, como otras actividades humanas, es un campo donde se pugna por la acumulación de poder, de capital social, económico, simbólico, científico y político (Bourdieu, 1999a, 2003). Ningún otro tipo de conocimiento tiene tanto poder como el conocimiento científico (Hattois, 2007; Salomon, 1974). En este sentido, las “revoluciones científicas” de Kuhn (Kuhn, 2006) no son dadas sólo por agotamiento de los modelos paradigmáticos sino por disputas que van más allá de intereses teóricos y científicos (Bloor, 1998b; Bourdieu, 2003), lo cual necesariamente tiene implicaciones éticas y políticas (Foucault, 2010a; Salomon, 1974; Shapin, 1992).

Las prácticas, es decir, las maneras de ser, decir y hacer de los científicos y sus comunidades, y el conocimiento que generan, están condicionados entonces por dinámicas y relaciones de poder internas e intereses externos. Todo investigador, en toda disciplina científica se involucra inevitablemente con toda su subjetividad en su labor de génesis del conocimiento. De no ser así, ¿con qué recursos establece los acuerdos intersubjetivos que habitualmente asume como verdades? Por supuesto, no todos los científicos participan en la definición de criterios de validez, en el juego de las comunidades los investigadores con mayor capital simbólico, social, político y científico son los que definen las reglas de juego y los marcos interpretativos de cada disciplina. Los ‘recién llegados’, como los llama Bourdieu aprenden, aceptan y replican las normas, y si tienen alguna objeción deben luchar por posicionar su postura (Bourdieu, 2003).

De la objetividad a la intersubjetividad y de la verdad a la comprensión

Siempre mediadas por la subjetividad, por la carga teórica y comprensiva del investigador, la relación sujeto-objeto de las ciencias naturales es diferente al investigador de las ciencias sociales. En el primer caso la interacción intersubjetiva no es necesariamente entre el sujeto y su objeto, el geólogo y la roca, el microbiólogo y el virus, el inmunólogo y el linfocito T, es con sus pares académicos para definir, acordar las condiciones en que son aceptables las formas de observar, de hacer ciencia y la verosimilitud, la credibilidad de la interpretación que ofrece de su objeto de estudio en sus reportes. En cambio, en las ciencias sociales, al ser el objeto la humanidad misma y lo social, la intersubjetividad juega en dos vías: la inevitable (y necesaria) implicación entre el sujeto investigador y los sujetos

participantes, y entre los sujetos miembros de la comunidad científica. Es decir, en ambos casos es ineludible la intersubjetividad, un ejercicio mediado por el lenguaje: la comprensión (Gadamer, 2007b; Habermas, 2010).

En el siglo XIX, Dilthey propuso una distinción entre dos ciencias: las de la naturaleza y las del espíritu, las primeras fundamentadas en el empirismo lógico y en los métodos experimentales buscaban la verdad de la naturaleza, y las segundas basadas en la hermenéutica pretendían una comprensión específica y concreta de los hechos humanos (De la Garza-Toledo & Leyva, 2012; María Cecilia de Souza Minayo, 2009a). Sin embargo, la propuesta de Dilthey no tuvo eco y las ciencias sociales, las del espíritu, comenzaron una afanosa carrera para lograr posicionarse como ciencias bajo los parámetros del positivismo: todas querían ser tan ciencia como la física misma. Lo interesante y paradójico es que hoy día, al asumir todo conocimiento científico como una construcción social, como una comprensión, una lectura particular de la realidad, la balanza se inclina hacia la hermenéutica. Ahora resulta que hasta la física es una ciencia del espíritu. Dice Grisales: “Hoy en día las ciencias naturales están más próximas a ser entendidas como comprensivas que las ciencias sociales a serlo como explicativas” (Grisales-Vargas, 2003).

Lo que quiero llamar la atención es sobre el carácter comprensivo, histórico y social de todo conocimiento científico. Por supuesto habrá comprensiones que perduren un tiempo más prolongado, como otras que serán más transitorias. Habrá comprensiones con métodos más estandarizados, pues su comunidad académica así lo ha definido y consideran que son congruentes con su cuerpo teórico y con la eficacia de las explicaciones, como pueden ser las de las ciencias naturales; como otros métodos que son más heurísticos, que se configuran para dar una comprensión particular de un fenómeno que a su vez es lábil y cambiante como es la sociedad y la cultura, como puede pasar en las ciencias sociales y humanas. Pero en todas las disciplinas científicas, sin excepción, sus reportes son inevitablemente comprensiones. Por tal razón, los ‘métodos’ son artefactos que los científicos construyen para lograr una comprensión verosímil de sus objetos de estudio, y en las ciencias humanas ese objeto exige tanto la búsqueda de regularidades como de lo singular, oscilan entre las explicaciones de la estadística y la comprensión del relato del sujeto (Foucault, 1968); por eso la oposición cuantitativo vs. cualitativo pierde sentido, pues pueden ofrecer lecturas, comprensiones complementarias no necesariamente opuestas, aun cuando los métodos y técnicas cuantitativas se hayan gestado en el vientre epistemológico del positivismo.

Minayo considera que desde una postura hermenéutica-dialéctica la dicotomía cuantitativo vs. cualitativo pierde sentido: “Frente a los abordajes que disocian cantidad y cualidad, la dialéctica asume que la cualidad de los hechos y de las relaciones sociales es su propiedad inherente, y que cantidad y cualidad son

inseparables e interdependientes” (María Cecilia de Souza Minayo, 2009b, p. 22), al igual sucede con otras polaridades de la modernidad: macro/micro, interioridad/exterioridad, naturaleza/sociedad, objetividad/subjetividad. Esa disolución de las dicotomías exige un abordaje comprensivo diferente que tome distancia del marco interpretativo del positivismo, dice Michael Heinrich que “el desarrollo dialéctico no transcurre de manera uniforme y lineal, sino se trata más bien de un “movimiento en contradicciones”. Este movimiento está constituido, en particular, por el “cambio de la cantidad en cualidad” y por la “negación de la negación” (Heinrich, 2008, p. 53). De la Garza plantea que “la prueba en Marx no es la verificación positivista, verificación puramente contemplativa a través de los sentidos o los datos, sino que es la praxis que viene del antiguo concepto de experiencia que implica situación en estructuras, procesos de construcción de sentidos e interacciones tendiente a la transformación de la realidad dentro de un espacio de posibilidades objetivo” (De la Garza-Toledo, 2012, p. 241)³.

Lo anterior no implica que exista un ‘método dialéctico’, sino que estos principios propuestos por Marx pueden contribuir de manera importante a un ejercicio comprensivo que vaya más allá de las habituales explicaciones causales lineales y unidireccionales de la tradición positivista; una herramienta conceptual que reconozca la complejidad abierta, heterogénea y contradictoria orientada a la praxis, es decir, situada en un ámbito específico que demanda transformaciones; pues la praxis, como lo plantea Gadamer “no es una simple aplicación del saber y de unos métodos a un objeto cualquiera” (Gadamer, 1992, p. 307), es un reflexionar en la acción, una acción reflexiva (Freire, 2007, p. 70). Dice De la Garza: “la función epistemológica del conocimiento es definir espacios para la acción viable y no la correspondencia entre pensamiento y realidad” (De la Garza-Toledo, 2012, p. 248).

Ahora bien, es importante resaltar que el proceso hermenéutico parte siempre del prejuicio, asumido como pre-comprensión situada, como requisito para una nueva comprensión más amplia (Gadamer, 2007a). Es decir, y para el caso concreto de esta tesis, yo, Samuel Arias, médico epidemiólogo, profesor y estudiante de esta Facultad, decidí comprender las prácticas de mi disciplina, es decir, mis propias prácticas y las de mis pares. Por tanto, no soy ajeno a las configuraciones académicas, científicas, políticas de la Facultad, no puedo ser y no quiero ser neutral; por el contrario, tengo mi propia versión sobre lo que sucede y sobre el ejercicio de la Epidemiología y el conocimiento que produce, con base en mi conocimiento teórico, en mi experiencia y en mis reflexiones como hombre,

³ “Objetividad que resulta de la objetivación de interacciones con sentido que escapan a sus creadores y conforman un nivel diferente de realidad de los inmediatamente individuales, que requieren actualizarse pero que no desaparecen porque las prácticas que lo originaron cesarán” dice De la Garza citando a Archer, 1997 (De la Garza-Toledo, 2012, p. 241).

esposo, padre, médico, narrador, epidemiólogo, profesor y estudiante. Toda esta carga teórica, afectiva e histórica es lo que Gadamer valora como ‘prejuicio’, pero no con la connotación negativa que se le endilgó en la Ilustración, sino como pre-comprensión, punto de partida para el círculo hermenéutico (Gadamer, 2007a) que ante la interacción con el ‘texto’, con el otro, con el fenómeno de interés, amplía el horizonte de comprensión previo, lo renueva; lo que no significa una comprensión única, última y acabada sino que prepara el horizonte para nuevas interpretaciones (Gadamer, 2007a); de tal manera que el proceso comprensivo parece más un espiral que un círculo.

¿Comprender para qué?

La Teoría Crítica es tanto un proyecto intelectual como un proyecto de acción que se fundamenta en un examen detallado de la sociedad para poner en evidencia los arreglos socio-históricos que generan alienación, opresión, subordinación de los individuos y las sociedades y busca configurar alternativas de transformación para la emancipación (Leyva & Sampaio de Madereira, 2012; Lincoln, Lynham, & Guba, 2011). En un marco tan amplio y con versiones tan heterogéneas entre múltiples autores que se le adhieren y tantos otros que sin mencionarlo lo hacen, es muy llamativo que en algunos ámbitos de la investigación social en salud en Latinoamérica se restrinja a una única opción metodológica: la llamada Investigación Acción Participativa –IAP–, ya sea en la versión latinoamericana (Ander-Egg, 2003) o en las versiones gringas (Greenwood & Levin, 2006), que valga la pena decirlo de una vez, en algunos casos queda reducida a un asunto instrumental participativo, lejos de cualquier propósito emancipador.

Eso es un equívoco. Asumir la investigación científica desde una perspectiva crítica no es un asunto de método, es un asunto ético y político, en primer lugar; y epistemológico, en segundo. Es decir, tener como faro la transformación para la emancipación⁴ es la guía de una postura crítica. Los métodos y las técnicas son un asunto meramente instrumental para lograr ese propósito, no el corazón del asunto. Por eso no toda investigación crítica es IAP y no toda investigación con métodos participativos es crítica, y muchísimas veces ni siquiera es IAP.

Cuando se escucha hablar de una investigación social con enfoque crítico es habitual asumir que se trata de algún problema de personas, grupos o comunidades ‘oprimidas’, ‘alienadas’, ‘excluidas’, ‘vulnerables’, ‘discriminadas’, ‘subordinadas’... bueno, un sinnúmero de adjetivos similares. Sin embargo, pocas veces imaginamos

⁴ Sea lo que sea esta inespecífica categoría. La emancipación de Marx, no es la emancipación de Habermas ni la de Honneth, ni mucho menos la de Nancy Fraser. Sin embargo, estos y otros autores coinciden en el principio kantiano de que ningún ser humano usará a otro para sus fines.

que los científicos y el conocimiento científico califican para recibir alguno de esos notes. Intentaré explicar por qué:

Salvo contadas excepciones, Colombia y Latinoamérica somos colonia científica e intelectual (Castro-Gómez, 2003, 2007, Lander, 2000, 2003). Los objetos, las maneras de hacer, de interpretar y de reportar la ciencia han sido y siguen siendo las definidas principalmente en Europa y los Estados Unidos bajo unos principios más cercanos a una lógica mercantil neoliberal que a una ética del conocimiento científico (Lander, 2008). Habitualmente en nuestro contexto, la investigación científica ejercita más la obediencia que la creatividad. Dado que buena parte del ejercicio científico en salud y más aún en Epidemiología se sigue haciendo desde los presupuestos del empirismo lógico, donde la neutralidad, como parte de la ya discutida ‘objetividad’, ha sido una excusa útil para postergar la discusión del colonialismo científico, de la violencia epistémica (Castro-Gómez, 2003, 2007) que significa la condición subalterna y su impacto en el quehacer de las comunidades científicas locales y de la utilidad del conocimiento que genera para la solución de los problemas reales de salud de nuestros ciudadanos y poblaciones (Lander, 2000).

Es muy aventurado predecir cuál va a ser el impacto que este proceso de investigación va a tener, pero pretendo que sea, al menos, un instrumento que invite a una reflexión de la comunidad académica de la FNSP sobre la ciencia que hemos hecho, estamos haciendo y queremos hacer. Discusión aplazada no sólo en el contexto casi íntimo de esta escuela, sino pendiente y urgente en la Universidad y el país.

Reflexionar sobre esa condición de colonizados es el primer paso para dejar de serlo, para aceptarlo con convicción o para buscar caminos alternativos⁵. Esto demanda la labor de reconocimiento de la intersubjetividad que vengo defendiendo, pero inmerso en un ejercicio reflexivo con la comunidad académica de la Facultad. Lograr una legítima ‘interacción comunicativa’ como lo propone Habermas (Habermas, 2010), un ‘diálogo verdadero’ como lo propone Freire (Freire, 2007); es de por sí un ejercicio de liberación, de emancipación con el potencial de una nueva construcción (si se requiere) desde una reflexividad crítica situacional⁶ (Freire, 2007).

⁵ “Desde la mirada del conocimiento situado, la trayectoria de sujetos colocados en condición de subalternidad puede mostrarnos la confluencia de lógicas de exclusión y, por ello, ser un ángulo fértil para la comprensión de problemáticas sociales que no son cabalmente comprendidas desde otras perspectivas. Así, la perspectiva de estos sujetos representa un lugar de producción de conocimiento a partir de reconocer su particularidad” (Cerdeira-García, 2013, p. 112)

⁶ Dice Freire: “Siendo los hombres seres en ‘situación’, se encuentran enraizados en condiciones temporales y espaciales que los marcan y que, a su vez, ellos marcan. Su tendencia es reflexionar sobre su propia situacionalidad, en la medida en que, desafiados por ella, actúan sobre ella. (...) Esta reflexión sobre la situacionalidad equivale a pensar la propia condición de existir. Un pensar crítico,

En conclusión, esta tesis se basa en el reconocimiento del conocimiento científico como una construcción social basada en un permanente ejercicio hermenéutico que provee comprensiones que son sometidas y validadas socialmente por la comunidad científica, en específico, y por la sociedad, en general. Por otra parte, esta propuesta parte también de reconocer que se investiga para transformar, en este caso se espera que el resultado de esta reflexión ayude a generar condiciones para un ejercicio reflexivo y crítico de la comunidad académica de la Facultad alrededor de las prácticas disciplinares de la Epidemiología como una contribución para su transformación.

Diseño metodológico: Un estudio de caso histórico etnográfico

Una artesanía para la praxis

Al igual que María Cecilia Minayo considero que: “hacer investigación constituye un proceso de trabajo complejo que envuelve teoría, método, operacionalización y creatividad” (María Cecilia de Souza Minayo, 2009c, p. 17) y que configurar un diseño de investigación es una labor artesanal; en algunos casos con artefactos claramente definidos y con largas tradiciones replicando el mismo proceso, como en aquellos enfoques epistemológicos o disciplinares con una alta estandarización metodológica o aquel trabajo de exploración y búsqueda del artesano que finaliza con creaciones únicas de autor; un artesano que parte de su tradición pero que no se limita únicamente a ella y se permite innovar con el propósito de responder a sus preguntas de investigación a través de una comprensión singular, que luego será sometida al juicio de la comunidad científica que lo acoge y a la sociedad a la que pertenece. Es en estas dos instancias donde se juzga y valora la verosimilitud, legitimidad y eficacia de los artefactos que produzca el artesano.

En coherencia con lo anterior, el diseño de esta investigación es una configuración metodológica singular que permitió una indagación empírica sobre las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP de la Universidad de Antioquia en Medellín. Comparto la concepción de Geertz sobre la creciente borrosidad de métodos específicos de las Ciencias Sociales cuando se asume un marco interpretativo constructivista: “Esta mezcla de géneros no consiste simplemente en el hecho de que Harry Houdiny o Richard Nixon se conviertan en

a través del cual los hombres se descubren en ‘situación’. Solo en la medida en que esta deja de parecerles una realidad espesa que los envuelve, algo más o menos nublado en el que y bajo el cuál se hallan, un callejón sin salida que los angustia, y lo captan como situación objetivo-problemática en que se encuentran, significa que existe el compromiso” (Freire, 2007, p. 136).

personajes de novela, o que las terribles juergas del Medio Oeste se describan como si un novelista gótico las hubiera imaginado. Se trata de que las cuestiones filosóficas se parecen a la crítica literaria (...), de que los debates científicos recuerdan a fragmentos de bellas letras (...), de que las fantasías barrocas se presentan como observaciones empíricas inexpresivas (...), en fin, (...) lo único que falta es la teoría cuántica en verso o una biografía expresada en álgebra (...). En realidad, hablamos de un fenómeno que es lo bastante general y específico como para sugerir que lo que estamos observando no es otro simple trazado del mapa cultural (...), sino una alteración radical de los principios de la propia cartografía. Algo que le está sucediendo al modo en que pensamos sobre el modo en que pensamos” (Geertz, 1994, pp. 31–32). Dicho de otra manera, la configuración específica que cada investigador hace del diseño metodológica tendrá sentido, coherencia y relevancia para la comprensión específica y singular que el autor pretende dar. El foco se desplaza de la ‘validez del método’ a la ‘verosimilitud, reflexividad y praxicidad’ del ejercicio creativo del artesano.

Por tal razón, el diseño metodológico de esta investigación fue **un estudio de caso histórico-etnográfico**.

¿Por qué estudio de caso?

La intensión de un estudio de caso es comprender en profundidad la complejidad de un caso particular. Dice Stake: “*El estudio de caso es el estudio de la particularidad y la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes*” (Stake, 1998, p. 11). En este proyecto se pretende tomar como caso las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP desde que se formalizó el primer programa de posgrado en epidemiología hasta hoy.

La “comprensión profunda” del estudio de caso renuncia a la generalización, en el habitual sentido estadístico, y es más cercana a la “Descripción densa” planteada por Clifford Geertz donde no se busca generalizar entre casos sino al interior de un caso particular (Geertz, 2005). Aquí la intención no es inferir a partir de una muestra (caso) a una población, la intensión es más cercana al proceso que realiza el clínico con un paciente: a partir de una serie de síntomas y signos *infiere* un diagnóstico. Lo que hace el clínico es interpretar unos signos a la luz de una teoría que le da sentido (Geertz, 2005). En ese sentido, la generalización de un estudio de caso no es de los resultados, es de la comprensión del fenómeno y de su incorporación a un cuerpo teórico que lo explique. Es desde allí, desde la teoría que genera el caso que este puede servir para la comprensión de otros casos, no desde la generalización de sus hallazgos (Geertz, 2005; Orozco, Peñaranda, Restrepo, Mejía, & Arias, 2014).

En este sentido, una *descripción densa* de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP en los últimos 47 años como caso, contribuye a la comprensión del fenómeno, a la teorización, sobre cómo se gesta el conocimiento epidemiológico desde la periferia, en contextos de dependencia científica como sucede, por ejemplo, en Latinoamérica.

¿Por qué histórico – etnográfico?

Los estudios histórico – etnográficos o etnohistóricos pretenden hacer una lectura comprensiva de fenómenos históricos dando participación a quienes han vivido o son herederos de esa historia. Dice Adriana Hernández Yasnó: “la historia etnográfica aparece como proceso de reconstrucción de narrativas, escrituras vivas, y trabajo cuidadoso en archivo que son los lugares de enunciación, pero también lugares de encuentro con el pasado” (Hernández-Yasnó, 2008) . Aquí se busca una comprensión dialéctica entre lo que muestra y dice la versión oficial de los archivos con la historia de la memoria reconstruida por los miembros de una comunidad (Crespo & Tozzini, 2011; Rappaport, 2007; Torres Carrillo, 2014; Trouillot, 2011): “Nos referimos a la relevancia de analizar, cruzada y situadamente, cómo son redefinidos y releídos, crítica y creativamente en contextos etnográficos, diversos tipos de archivos que, lejos de ser del pasado, se constituyen en registros sobre un pasado aún presente” (Crespo & Tozzini, 2011, p. 71).

El enfoque histórico de la Epidemiología como disciplina que se asume en este trabajo toma la temporalidad como el principal elemento organizador de la indagación y del texto, donde la trayectoria disciplinar no es sólo valorada desde una descripción internalista de acontecimientos apoteósicos que configuran un desarrollo progresivo de la disciplina, sino que se comprende a partir la situación social, política, económica y epistemológica del terreno donde se dan las prácticas que siempre están moduladas por elementos de conflicto y confrontación (Bourdieu, 2003, 2009; Quevedo, Hernández, Cortés, & Eslava, 2013).

La comprensión profunda que busco con el encuentro entre Historia y Etnografía permite cuestionar las versiones oficiales de la Historia (*History*) a partir de la configuración de múltiples historias, relatos (*stories*) de la interpretación contemporánea de hechos sucedidos (Hernández-Yasnó, 2008; Torres Carrillo, 2014; Trouillot, 2011). Permite explicitar los silencios intencionales, lo que no se puede decir, de la versión oficial de la Historia, a partir de la construcción de nuevas y múltiples historias. Esas historias, esos relatos, suscitan además reflexiones sobre la situación contemporánea que se está indagando (Hernández-Yasnó, 2008).

Las implicaciones de este abordaje van más allá de la extracción de información de unos informantes o participantes; propicia, ante todo, un espacio reflexivo de

aprendizaje mutuo entre interlocutores, una ‘transformación’. “Toda investigación temática de carácter concienciador se hará pedagógica y toda educación auténtica se transforma en investigación del pensar” (Freire, 2007, p. 136), o en palabras de Hernández-Yasnó: “el trabajo investigativo desde una historia etnográfica potencia o empodera a las comunidades para repensarse desde la propia historicidad” (Hernández-Yasnó, 2008).

La configuración operativa del diseño

Este estudio se configuró a partir de tres procesos imbricados, no excluyentes: indagación, comprensión y narración, cruzados con cuatro ejes de interés definidos por los objetivos específicos propuestos:

1. Eje disciplinar: ¿cómo ha sido su trayectoria de la Epidemiología en la FNSP y su relación con las tradiciones disciplinares?
2. Eje ontológico: ¿cómo se ha configurado el objeto de la disciplina?
3. Eje epistemológico: ¿cómo se construye el conocimiento en la disciplina?
4. Eje ético-político: ¿cuáles han sido las implicaciones ético-políticas de las prácticas disciplinares?

Los contornos de ese cruce definieron un amplio territorio por explorar. La ruta que se siguió no fue el de pasos secuenciales marcados en un mapa predefinido, sino el de múltiples caminos iterativos, yerros, extravíos y de vuelta al norte indicado en la brújula. Por tanto, la ruta que describo a continuación fue una de muchas posibles, es la que definí en mi andar y que me condujo a un destino único: mi comprensión singular de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP. Por lo tanto, el trabajo de campo en este proyecto pretendió ir más allá de solo un ejercicio de extracción de información. Se asumió como un ámbito etnográfico de colaboración, como la “arena en la cual co-teorizamos” con nuestros interlocutores, no con simples informantes o participantes (Freire, 2007; Rappaport, 2007). Fue un ámbito interactivo e iterativo de reflexión, comprensión y construcción de conocimiento (Guber, 2001b).

Proceso de indagación

La intención de este proceso fue configurar una descripción comprensiva de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP a través de la consulta de

fuentes orales y documentales que permitieran reconstruir una historiografía y una comprensión etnográfica de la Epidemiología en la Facultad.

En primer lugar se configuró una línea de tiempo general a partir de publicaciones historiográficas sobre la trayectoria de la Salud Pública y la Epidemiología (Hernández & Obregón, 2002; Morabia, 2005a; Porter, 2005; Quevedo, Borda, Eslava, Guzman, & Mejía, 2004; Romero-Beltrán, 1999; Rosen, 2015a; Mervyn Susser & Stein, 2009a), la Universidad de Antioquia (Uribe de Hincapié, 1998) y la Facultad Nacional de Salud Pública (Gil-Blas, 2013; Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999).

Con el apoyo del programa Aeon Timeline para Mac se organizó la línea de tiempo en cinco ámbitos: internacional, Colombia, Antioquia, Universidad de Antioquia y Facultad Nacional de Salud Pública. Una vez elaborada la primera versión de la línea de tiempo se comenzó un proceso de exploración tanto de las fuentes orales como documentales en la medida que permitieran nutrir y profundizar en los acontecimientos o procesos que se consideraran necesarios para un mejor ejercicio comprensivo.

Exploración con fuentes orales: La exploración con fuentes vivas se realizó por medio de 60 entrevistas conversacionales individuales y una grupal con el Equipo de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Medellín.

En este estudio la entrevista fue concebida como una estrategia de encuentro entre al menos dos interlocutores, cada uno con un marco interpretativo y una historia personal, que interactúan más allá de un simple intercambio de información y que, por medio de una conversación intencionada pero no direccionada, un diálogo, construyen, gestan una comprensión particular de un tema específico (Freire, 2007; Guber, 2001c). En esta investigación la entrevista permitió a los participantes exponer los significados que para ellos ha tenido su vivencia o su relación con la Epidemiología como disciplina científica en el marco de su historia vital y profesional, y sus reflexiones ontológicas, epistemológicas y ético-políticas. Fueron encuentros conversacionales que permitieron al entrevistado ofrecer, configurar, su propio relato a partir de unas preguntas generadoras muy abiertas organizadas en tres dominios: trayectoria de vida y profesional, aspectos conceptuales de la Epidemiología y la dinámica de la comunidad académica en Salud Pública y Epidemiología (Ver anexo 1. Guía de entrevista). A partir de esas inquietudes se permitió navegar por una conversación dialógica no jerárquica, no transaccional, entre pares donde se permitía la interpelación, la réplica y la aclaración (Freire, 2007). Por lo tanto, en este estudio se consideró a la entrevista no sólo sea una técnica de recolección de información, sino en sí misma una herramienta interpretativa de análisis, donde surgió

inevitablemente una primera comprensión que sensibilizó y transformó a los sujetos en interacción: tanto al entrevistador como al entrevistado (Freire, 2007; Guber, 2001c).

Del total de entrevistas, 38 fueron a hombres y 22 a mujeres. 33 fueron realizadas a epidemiólogos, 17 a salubristas, 8 a Científicos Sociales y dos a clínicos. 28 tenían o han tenido relación académica con la FNSP, siete con la Facultad de Medicina y una persona con la Facultad de Enfermería; los restantes 24 fueron externos a la Universidad de Antioquia, ya sea vinculados a otras universidades, a ONG o a instituciones de salud, cuatro pertenecían a organizaciones internacionales. Con respecto a su formación de posgrado, 31 tenían doctorado o lo estaban cursando, 24, maestría y 5 especialización.

El promedio de duración de cada entrevista fue de dos horas, aunque el 25% se extendieron más de las tres horas. Cada entrevista fue grabada en audio y transcrita con apoyo del programa AudioNote 2.

Exploración de fuentes documentales: La exploración de fuentes documentales fue orientada e intencionada por los acontecimientos que se iban integrando a la línea de tiempo y por la necesidad de contrastación con los relatos de los entrevistados. Se consultaron documentos curriculares de los programas de formación en la FNSP, documentos normativos institucionales principalmente de la Facultad, La Universidad, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación. Se revisaron artículos científicos y académicos, tesis y trabajos de grado, libros académicos en Epidemiología o Salud Pública; también se consultaron notas de prensa y páginas de Internet.

Proceso comprensivo: darle sentido al dato

Como ya se indicó, el proceso comprensivo se inicia y está inmerso en el proceso de indagación y se asumió como un proceso iterativo entre el trabajo de campo y la reflexión del investigador en el que se convierten los datos cualitativos en un “texto” comprensivo e inteligible para un objetivo de conocimiento concreto y en el marco de una configuración metodológica específica.

Se hizo una configuración propia de análisis y síntesis a partir del enfoque hermenéutico-dialéctico propuesto por Cecilia Minayo con algunos elementos traídos de los Estudios Críticos del Discurso y de la investigación narrativa (que será descrito en el Proceso narrativo) (Maria Cecilia de Souza Minayo, 2012; María Cecilia de Souza Minayo, 2009d; Van Dijk, 2016).

La elección de estos referentes teórico-metodológicos para el proceso de análisis y síntesis fue hecha por el reconocimiento que los autores hacen de que los

fenómenos sociales y los discursos no se organizan linealmente para ser aprehendidos por el investigador, por el contrario, si se acepta que la vida social es un campo de tensión, lucha, deliberación y colaboración, es posible identificar de manera intencionada polos opuestos de confrontación en ejes de tensión específicos (Maria Cecilia de Souza Minayo, 2012; María Cecilia de Souza Minayo, 2009d; Van Dijk, 2016).

Operativamente, entonces, se siguió la propuesta de Angrosino de organizar el proceso en dos niveles: un *nivel descriptivo* (de análisis) y otro nivel *teórico-narrativo* (de síntesis) (Angrosino, 2012). Este proceso se llevó a cabo con el apoyo del software MaxQDA.

En el nivel descriptivo se realizó inicialmente una lectura intra-texto que consistía en identificar en cada texto (entrevistas o documentos) las unidades con sentido narrativo que se organizaban de acuerdo con los ejes de interés propuestos: disciplinar, ontológico, epistemológico-metodológico y ético-político. Una “*unidad con sentido narrativo*” es un fragmento del texto que cuenta, relata un acontecimiento, un significado o un proceso específico y de interés para el narrador. Valiéndome de la metáfora del cine es una escena de la película, no sólo una toma.

Posteriormente, en la primera fase del nivel teórico narrativo, se hace una lectura inter-texto, donde las “escenas”, las unidades con sentido narrativo identificadas en cada uno de los textos en el nivel descriptivo son organizadas por categorías emergentes al interior de los cuatro ejes de interés, con la intencionalidad específica de identificar confluencias en los discursos y relatos por una parte, y por otra, disparidades que puedan ser puestas sobre un eje de tensión que deleve la confrontación de polos opuestos.

Las categorías que emergen de la lectura inter-texto son la base para la configuración del proceso narrativo.

Proceso narrativo: la Epidemiología en busca de narrador

El proceso narrativo es la segunda fase del nivel teórico-narrativo que pretende configurar textos inteligibles y autónomos que conforman finalmente los capítulos de hallazgos de esta Tesis.

Dice Stake que para el reporte de un estudio de caso “debemos encontrar aquella mejor historia que describa la situación de esta investigación concreta, en beneficio del lector, en beneficio del caso y en beneficio de los participantes. El autor eficiente es aquél que cuenta lo necesario y deja el resto para el lector” (Stake, 1998, p. 102).

La propuesta de construcción narrativa para este estudio se fundamentó principalmente en la confluencia de tres vertientes: la propuesta comprensiva entre la descripción densa de Geertz (Geertz, 2005), la fenomenología hermenéutica narrativa de Ricoeur (M. B. Gaviria-Londoño, 2014; Ricoeur, 1999, 2000, 2006) y la crónica moderna (D. J. Agudelo, 2012; Caparrós, 2007; Sims, 1996; Villoro, 2005; Wolfe, 1976)⁷.

La etnografía semiótica, interpretativa, de Geertz, la descripción densa, parte del reconocimiento de que la cultura es una urdimbre hecha de significaciones en la que estamos inmersos los seres humanos (Geertz, 2005). La tarea del etnógrafo es interpretar, comprender ese tejido por medio de una “descripción densa”. “Lo que en realidad encara el etnógrafo (...) es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas primero y para explicarlas después”, plantea Geertz (Geertz, 2005, p. 23). Lo anterior implica que no es suficiente la mera descripción de elementos inconexos de la cultura, sino que es necesario configurar un marco comprensivo que haga inteligible la explicación.

Para Geertz, la descripción densa tiene las siguientes características esenciales (Geertz, 2005): la primera es que necesariamente la descripción es interpretativa lo que se interpreta es el flujo del discurso social, dicha interpretación consiste en tratar de rescatar “lo dicho” en ese discurso y fijarlo en términos susceptibles de consulta. Plantea entonces que obligatoriamente, la descripción densa es una interpretación de segundo y tercer orden y se hace “pensando y reflexionando”, “pensando pensamientos” y “explicando explicaciones” (Geertz, 2005, p. 21).

Para fijar esas interpretaciones de segundo y tercer orden, Geertz echa mano del concepto de “inscripción” trabajado por Ricoeur. “Llamamos texto a todo discurso fijado por la escritura”(Ricoeur, 1999b)⁸, dice Ricoeur, y establece la diferencia entre el acto que se deriva del texto escrito y de la comunicación oral. En esta última está la posibilidad de interpelar, mientras que en el texto, no. “La relación “escribir-leer” no es un caso particular de la relación “hablar-responder””, dice Ricoeur. En el momento de la lectura tanto el lector como el autor están ausentes y

⁷De ahora en adelante la llamaré solamente “crónica” haciendo referencia al género híbrido hijo de la literatura y el periodismo que también se le conoce como periodismo narrativo, periodismo literario, narrativa de no-ficción, nuevo periodismo, etc. Quise hacer la especificación de “moderna” para distinguirla de la crónica “antigua” que solamente enumeraba, describía hechos. Era más un registro notarial que un ejercicio creativo (Hoyos Naranjo, 2003; Samper Pizano, 2004; Villoro, 2005).

⁸ Ricoeur en *Narratividad, fenomenología y hermenéutica* (Ricoeur, 2000) plantea que no sólo es la “escritura”, otros géneros que generan un distanciamiento entre el autor y el lector también son “textos”, como el cine, la pintura y las artes plásticas.

por tanto el texto produce una doble ocultación. Pero es precisamente ese efecto de distanciamiento el que suscita la posibilidad de una nueva comprensión en los lectores, que no necesariamente es la del autor y que desemboca en una ampliación del horizonte de comprensión a partir del texto. Por eso la insistencia de Geertz en que la descripción densa debe ser “inscrita” en un texto: “El etnógrafo ‘inscribe’ discursos sociales, los pone por escrito, los redacta. Al hacerlo, se aparta del hecho pasajero que existe solo en el momento que se da y pasa a una relación de ese hecho que existe en sus inscripciones y que puede volver a ser consultada” (Geertz, 2005, p. 31).

Al leer el planteamiento de Geertz es posible reconocer varias coincidencias con la propuesta de la fenomenología hermenéutica narrativa de Ricoeur. Ambos comparten en que el mundo humano está constituido por una trama de significados que se expresan en la interacción social (pre-figuración), para acceder a esa urdimbre es necesario *configurar* una trama, diría Ricoeur, que haga inteligible la comprensión hecha por el autor: “inscribir” la comprensión en un texto, diría Geertz. Al dejarlo inscrito está en la posibilidad de ser consultada para que sea el lector quien lo refigure y lo dote de un nuevo significado y sentido que se funda con la comprensión previa que ya tenía, ampliando así su horizonte de comprensión. En la pre-figuración, la configuración y la re-figuración está la propuesta del arco o círculo hermenéutico, la triple mimesis de Ricoeur (M. B. Gaviria-Londoño, 2014; Ricoeur, 2006, 2007).

Para Ricoeur la columna vertebral de todo relato⁹ es la configuración de la trama. Pues es allí donde el autor logra la síntesis de los múltiples elementos heterogéneos. En medio de múltiples sucesos (lo que sucede, lo que pasa en el tiempo cronológico) de la vida desordenados, discordantes, heterogéneos, deseados y no deseados, el autor selecciona aquellos que considera “acontecimientos”, es decir aquellos que dota de un sentido simbólico importante, y los configura en una estructura concordante, inteligible y comprensiva que es la trama y que dota de identidad, de singularidad, a la historia que se narra (Ricoeur, 2006; Ricoeur, 1999a). La vida humana, la cultura, la sociedad es una sumatoria caótica de historias no narradas, donde un narrador (un etnógrafo, un cronista) selecciona (deliberadamente o inconscientemente) que historias narrar y las configura en un relato inteligible, para que cada lector posteriormente re-signifique, la dote de nuevo sentido, la haga una historia única y singular: “el proceso de composición, de configuración, no se acaba en el texto, sino en el lector, y bajo esta condición, hace posible la reconfiguración de la vida por el relato”, dice Ricoeur (Ricoeur, 2006).

⁹ En aras de tender puentes entre Geertz y Ricoeur, vamos a asumir el “relato” de Ricoeur como el “texto inscrito” de Geertz.

Para Ricoeur, el acto de narrar defiende la amplitud, la diversidad y la irreductibilidad de los usos del lenguaje. Uno de los crímenes de la modernidad es la fragmentación del acto creativo de narrar –*poiesis*– en distintos géneros¹⁰: la novela, el cuento, el cine, las artes escénicas, las artes plásticas, la poesía, el periodismo, etc., que aparentemente plantea límites cerrados para cada forma de “narrar”. Dice Ricoeur:

Contra esta interminable división, planteo la hipótesis de que existe una unidad funcional entre los múltiples modos y géneros narrativos. Mi hipótesis básica al respecto es la siguiente: el carácter común de la experiencia humana, señalado, articulado y aclarado por el acto de narrar en todas sus formas, es su carácter temporal. Todo lo que se cuenta sucede en el tiempo, arraiga en el mismo, se desarrolla temporalmente; y lo que se desarrolla en el tiempo puede narrarse. Incluso cabe la posibilidad de que todo proceso temporal sólo se reconozca como tal en la medida en que pueda narrarse de un modo o de otro (Ricoeur, 2000, p. 190).

Tal vez el nombre “crónica” no sea sólo una alusión arbitraria al Dios del tiempo, sino que, sin querer queriendo y por una vía no científica ni filosófica, termina siendo una hija extramarital del periodismo y la literatura, una prueba viva de la hipótesis de Ricoeur, tremendamente aplicable a las pretensiones de la *descripción densa* y de este proyecto.

Susana Rotker en su libro *La invención de la crónica* plantea que una de las tantas escisiones de la modernidad hizo que la descripción y explicación del mundo real fuera territorio de la ciencia y que los mundos ficticios eran exclusividad de las artes (Rotker, 2005). Esto significó, por una parte, que el periodismo, aquel oficio que nació del ánimo de informar a la población de los acontecimientos del mundo real, tuviese pretensiones de objetividad, neutralidad e independencia, tal cual los presupuestos de la ciencia positivista; y por otra parte las artes, para el caso que me interesa, la literatura fuese un territorio exclusivo para la imaginación, la subjetividad y la ficción, jamás la realidad, así fuese la más increíble novela realista.

Dice Rotker, que fue precisamente en Latinoamérica, donde dos poetas, precisamente denominados “modernistas”, se escaparon de esos límites y comenzaron a escribir textos del mundo y la gente real, no necesariamente gente “importante” ni con ánimo informativo, con las herramientas de la literatura

¹⁰ Decía Jorge Luis Borges: “(...) es una lástima que la palabra "poeta" haya sido dividida en dos. Pues hoy, cuando hablamos de un poeta, solo pensamos en alguien que profiere notas líricas y pajariles (...). Mientras que los antiguos, cuando hablan de un poeta –"un hacedor"–, no lo consideraban únicamente como el emisor de esas elevadas notas líricas, sino también como narrador de historias. Historias en las que podíamos encontrar las voces de la humanidad” (Borges & Mihailescu, 2001).

(Rotker, 2005). Esos poetas fueron Rubén Darío y principalmente José Martí a finales del siglo XIX.

Más de un siglo ha transcurrido desde Martí; con distintos niveles de aceptación desde entonces y en una extraña condición marginal de género híbrido de la literatura y el periodismo, la crónica ha tomado diferentes nombres (nuevo periodismo, periodismo literario, periodismo narrativo, no ficción, etc.) pero son pocos, al menos que yo conozca, los que se atreven a vincularla con las ciencias sociales (Tedlock, 2005).

Juan Villoro, uno de los intelectuales más respetados de México y gran cronista, define el género así:

Si Alfonso Reyes juzgó que el ensayo era el centauro de los géneros, la crónica reclama un símbolo más complejo: el ornitorrinco de la prosa. De la novela extrae la condición subjetiva, la capacidad de narrar desde el mundo de los personajes y crear una ilusión de vida para situar al lector en el centro de los hechos; del reportaje, los datos inmodificables; del cuento, el sentido dramático en espacio corto y la sugerencia de que la realidad ocurre para contar un relato deliberado, con un final que lo justifica; de la entrevista, los diálogos; y del teatro moderno, la forma de montarlos; del teatro grecolatino, la polifonía de testigos, los parlamentos entendidos como debate: la "voz de proscenio", como la llama Wolfe, versión narrativa de la opinión pública cuyo antecedente fue el coro griego; del ensayo, la posibilidad de argumentar y conectar saberes dispersos; de la autobiografía, el tono memorioso y la reelaboración en primera persona. El catálogo de influencias puede extenderse y precisarse hasta competir con el infinito. Usado en exceso, cualquiera de esos recursos resulta letal. La crónica es un animal cuyo equilibrio biológico depende de no ser como los siete animales distintos que podría ser (Villoro, 2005, p. 17).

Estamos, como lo diría Geertz, ante la presencia de un "género confuso" por antonomasia (Geertz, 1994). Para Ricoeur, la lectura de un relato tiende un puente desde el mundo del texto al mundo del lector; y este último a su vez, al leer, mediante la reconfiguración del relato, amplía su horizonte de comprensión. Ricoeur identifica entonces tres dimensiones hermenéuticas en todo relato: una primera de *referencialidad*: una mediación entre el ser humano y el mundo, el lector acepta y se introduce en el mundo que le ofrece el texto, tanto así que lo reconfigura pasa sí; una segunda de *comunicabilidad*: aunque no hay un acto dialógico entre el autor y el lector de manera directa, el texto sí permite, a través de la lectura, una socialización del texto; y una última de *comprensión de sí*: tanto el acto de escribir, para el autor, como el acto de leer, para el lector, transforma el sujeto, le permite ampliar su horizonte comprensivo a través de la historia configurada. "La hermenéutica sostiene el gozne entre la configuración (interna) de la obra y la refiguración (externa) de la vida", afirma Ricoeur (Ricoeur, 2006). Dice Martín Caparrós, escritor argentino, al respecto: "el cronista mira, piensa, conecta

para encontrar (en lo común) lo que merece ser contado. Y trata de descubrir a su vez en ese hecho común: lo que puede sintetizar el mundo. La pequeña historia que puede contar tantas. La gota que es el prisma de tantas otras” (Caparrós, 2007, pp. 7–22).

En conclusión, considero que la pretensión de comprender las prácticas disciplinares de la Epidemiología requirió narrar la Epidemiología, pero ésta, como ente abstracto, no habla, por lo tanto, fueron las voces de los participantes y de los documentos, a través de sus múltiples heterogeneidades y discordancias las que permitieron configurar relatos, textos a su vez narrativos y argumentativos, crónicas, que contribuyen con una comprensión singular de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP.

Aspectos éticos

Parto de que el proceso de reflexión ética está imbricado en todas las fases del proceso de investigación, desde la concepción, pasando por la ejecución, los ejercicios de análisis y síntesis, hasta la fase de publicación y divulgación. La reflexión ética trasciende la verificación de requisitos de los estándares normativos internacionales diseñados esencialmente para la investigación biomédica de carácter positivista.

Igual soy cumplidor del deber y expreso entonces que este proceso de investigación se adhirió a las directrices éticas para la investigación con seres humanos propuestas en la Declaración de Helsinki y a la Resolución 8430 del Ministerio de Salud (Asamblea Médica Mundial, 2013; Colombia - Ministerio de Salud, 1993). En el marco de esta resolución, esta investigación es de Riesgo mínimo debido a que no se van a hacer “intervenciones” pero se van a dar procesos de indagación y reflexión con seres humanos.

En coherencia con la propuesta misma ya planteada, donde la interacción, el diálogo y la reflexividad son valores importantes, cada persona que fue invitada a involucrarse en el estudio fue debidamente informada sobre las características generales del proyecto, lo que se esperaba de su participación, los riesgos y beneficios que implicaba involucrarse y las posibles consecuencias que podían ser previstas. Con esta información, en un ejercicio dialógico la persona tomaba la decisión de si consentía o no, de manera libre y autónoma, ser un participante. Este ejercicio se acompañó de un formato escrito de consentimiento informado que fue diseñado para reforzar el diálogo, como soporte informativo para el participante y como constancia de la aceptación de participar mediante la firma de la persona (Ver anexo 2).

La participación en este proyecto no ofreció ningún beneficio directo a cada uno de los participantes más allá de la oportunidad misma de reflexionar los aspectos sobre los que serán consultados. No se dio ningún tipo de remuneración ni de incentivo por participar. La valoración del beneficio puede tener más un sentido más teleológico en la medida en que el fruto de la reflexión que suscitó cada encuentro y los resultados de este estudio en su conjunto son una construcción novedosa, una ganancia que se espera redunde en el quehacer misional de la Facultad Nacional de Salud Pública.

El principal riesgo que se vislumbraba para los participantes era que, aunque cada uno de ellos tenía la opción de elegir si su identidad sería develada en los informes, en las publicaciones y en las demás estrategias de divulgación que surjan, es posible que, de participar y no aceptar ser identificado, por las características de sus relatos, por su rol dentro de la Facultad o por su relación con personas o instituciones pueda ser identificado por algún lector. Cada participante aceptó participar bajo esa consideración. Quienes aceptaron participar bajo la condición del anonimato, se les asignó un código compuesto por dos elementos si era epidemiólogo (EPI) o no, de estos la mayoría salubristas (SP) y si había tenido un vínculo laboral con la Universidad de Antioquia (UdeA), era un egresado (Egr) o era externo (Ext).

Otro riesgo potencial, no tanto para los participantes sino para mí o para las relaciones entre los miembros de la Facultad. Cuando comiencen a circular los documentos que surjan se pueden generar incomodidades o disgustos en miembros de la comunidad académica de la Facultad. Es un riesgo latente al ser yo un investigador que indaga sobre su propia práctica en su comunidad. En coherencia con lo ya expuesto será mediante el diálogo directo, franco y respetuoso con la persona molesta que se busque resolver la situación, explicándole, de ser necesario, los detalles del estudio y dejando abierta la posibilidad de discusión. Sin embargo, no hay garantía de que el diálogo funcione, por tanto, en casos extremos se solicitará apoyo al Comité de ética de la investigación de la Facultad.

Como se puede valorar en el contenido mismo de este informe, este estudio se propone desde una perspectiva investigativa relacionada con la justicia social, procurando con sus resultados generar una reflexión en la comunidad académica que no sólo optimice los procesos formativos y de investigación, sino que propenda por una práctica disciplinar de la Epidemiología que se reconozca vinculada con la justicia social como presupuesto ético y político.

Por último, este protocolo fue presentado, evaluado y aprobado tanto por las instancias académicas de la FNSP como por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública como consta en el Acta 136 del 11 de marzo de 2016.

Capítulo 3. Una reflexión preliminar historiográfica, epistemológica y política de la Epidemiología

Del saber cotidiano al conocimiento científico de la enfermedad en las poblaciones

Este capítulo tiene como propósito revisar, a partir de la propuesta de Michel Foucault de umbrales de conocimiento, la trayectoria epistemológica de la Epidemiología desde el siglo XVIII, cuando surge una práctica discursiva sobre la salud y la enfermedad de las poblaciones en los nacientes Estados modernos, hasta hoy, consolidada como una disciplina científica con alto refinamiento instrumental y técnico enmarcado en el positivismo científico y con una escasa reflexión teórica alrededor de su objeto: la salud, la enfermedad y la población¹¹.

Una propuesta para valorar la trayectoria epistemológica de la Epidemiología

Hoy se acepta que el conocimiento epidemiológico es conocimiento científico. Pero ¿cómo la preocupación sobre la dimensión colectiva de los problemas de salud y enfermedad se termina legitimando como conocimiento científico?

Al igual que Rita Barradas Barata considero que la propuesta de umbrales del conocimiento hecha por Foucault en la Arqueología del saber permite hacer un seguimiento histórico a la evolución epistemológica de un saber, que en el caso de la Epidemiología, llega a ser validado como disciplina científica (R.B. Barata, 1998).

Todo conocimiento procede de lo cotidiano. Lo que interesa en el ámbito cotidiano es la solución de situaciones particulares y no la teorización de un fenómeno. Cada decisión es fugaz e inmediata; sin embargo, en la medida que algunas soluciones muestran su eficacia van siendo fijadas por la tradición (Heller, 2002).

Según Foucault (Foucault, 2010a) hay conocimientos de la vida cotidiana que derivan en prácticas regulares y constantes que se diferencian, adquieren autonomía y configuran un sistema de enunciados, es decir se configuran como

¹¹ Una versión adaptada de este capítulo fue publicada como artículo en la revista Historia y Sociedad de la Universidad Nacional de Colombia (S. A. Arias-Valencia, 2017). Ver anexo 3

prácticas discursivas¹², y al hacerlo superan el *umbral de positivización*. Si el proceso de diferenciación continúa y las prácticas discursivas buscan establecer normas de verificación y coherencia y ejerce una función dominante con respecto del saber se sobrepasa el *umbral de epistemologización* y se configura una disciplina. Esto implica que la práctica discursiva se organiza en conjunto de enunciados coherentes y manifiestos sobre un objeto específico, es decir elabora una teoría, se definen métodos y normas de validez y legitimidad. El siguiente es el *umbral de cientificidad* que da lugar a una ciencia caracterizada por objetos claramente delimitados, criterios formales establecidos para la obtención de conocimientos y leyes de construcción de proposiciones válidas sobre los objetos. Por último, el *umbral de formalización* se franquea cuando el discurso científico ya establecido pueda definir axiomas y la definición de estructuras proposicionales propias que toman una distancia mayor de lo cotidiano y por tanto exige mayor abstracción. Estos umbrales, según Foucault, no son necesariamente secuenciales ni acumulativos (Foucault, 2010a).

Ahora bien, la preocupación de los seres humanos por la enfermedad nace también en la vida cotidiana. La enfermedad siempre ha sido una preocupación para los seres humanos. Tiene una connotación negativa y sus significados se vinculan habitualmente con pérdida, dolor, sufrimiento, muerte o discapacidad. No es gratuito entonces que ese sea el problema de salud que más preocupa y, aún hoy, se considere la salud como la ausencia de enfermedad a pesar de los debates contemporáneos sobre su concepto (Samaja, 2004a). Sin embargo, ese interés por saber cómo es la enfermedad, cómo se manifiesta, cómo se transmite, pero sobretodo, cómo controlarla o erradicarla es, hasta el siglo XVII, en Occidente, un interés centrado en el individuo, no en la población (Cipolla, 1993; Porter, 2005).

La génesis de una práctica discursiva sobre la enfermedad en la población

Los saberes relacionados con el proceso salud-enfermedad en la población cruzan el umbral de positividad, se individualizan como práctica discursiva en el siglo XVII y XVIII, en plena gestación de la modernidad, cuando las nociones de población y colectivo son producidas y comienzan a ser relevantes para los nacientes Estados modernos (Foucault, 2012a; Porter, 2005).

Foucault plantea que esta situación define el nacimiento de la biopolítica cuando el derecho soberano de hacer morir y dejar vivir cambia a hacer vivir y dejar morir

¹² Para Foucault una práctica discursiva es “un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y en espacio, que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (Foucault, 2010b, p. 198).

(Foucault, 2006). Esta nueva manera de ejercer el poder se desarrolla en dos direcciones: en una *anatomopolítica del cuerpo humano*, la disciplina y la normalización del cuerpo de los individuos y, por otra parte, una *biopolítica de las poblaciones*: la normalización de su vida biológica (Castro, 2014; Foucault, 2006, 2012a).

Para el siglo XVIII el poder de los Estados liberales nacientes se organiza a través de dos ejes principales: el desarrollo de un aparato diplomático y militar que se ocupa de la política exterior, y de la policía, responsable de la política interior y que tiene como finalidad hacerse cargo de la educación de los niños y jóvenes, de la higiene pública, de las reglas del comercio, de los caminos y de la organización de las ciudades, etc. El objeto de la policía es la regulación de la vida de los ciudadanos (Foucault, 2012a; Rosen, 2002; H. Sigerist, 2006). Para ese fin era esencial una comprensión y control de los distintos fenómenos de la población.

Es así como en el siglo XVII y XVIII se fijan las condiciones para la aparición de prácticas discursivas relacionadas con el interés por registrar la enfermedad y conocer su causa desde una dimensión colectiva en paralelo con una transformación de las prácticas discursivas relacionadas con la comprensión de la enfermedad en el individuo (Foucault, 2007). Aparecen las prácticas de la cuantificación de eventos vitales como nacimientos y muertes; en un principio a partir de intereses del Estado y luego con el fin de investigar los patrones de enfermedad en la población e intentos por comprender su causa a partir de explicaciones miasmáticas. De esta época corresponden las obras de Petty, Graunt, Lind y Bernoulli (Buck, Llopis, Nájera, & Terris, 1988; Lopez-Moreno, Garrido-Latorre, & Hernandez-Avila, 2000; Morabia, 2005b). Si bien todos estos trabajos tenían en común la intención de comprender el comportamiento de la enfermedad o la muerte en la población, es la primera vez que se registra un interés explícito sobre la población como objeto de estudio e intervención en salud, todavía no es posible hablar aún de una disciplina epidemiológica.

La constitución de la Epidemiología como una disciplina científica

En siglo XVIII las prácticas relacionadas con la enfermedad en su dimensión colectiva surgieron por la necesidad de construir los Estados liberales modernos, ejercer un control sobre la población y mejorar sus condiciones de vida. Para entonces, esas prácticas no se diferenciaban entre lo que hoy consideramos estadística o demografía o Epidemiología, todas comparten la misma historia en común. En el siglo XIX estas prácticas discursivas establecen una mayor diferenciación que les permiten superar el umbral de epistemologización y se

configuran como disciplinas científicas¹³: “un conjunto de enunciados organizados según el modelo científico, consistente, comprobable e institucionalizada” dice Barata (R.B. Barata, 1998, p. 19). Estas disciplinas estarán influenciadas de manera importante por el evolucionismo biológico, por el causalismo de la física mecánica y por el empiro-inductivismo de las ciencias naturales (R.B. Barata, 1998; Méndez, 2013), al igual que las nacientes “ciencias sociales” que se originan del mismo tronco común descrito.

Para el caso de la Epidemiología, el interés estaba centrado en comprender e intervenir la alta frecuencia de enfermedades infecciosas, carenciales y las derivadas de las condiciones de trabajo (Lopez-Moreno et al., 2000; Mervin Susser & Susser, 1996a). A este periodo, que va hasta los comienzos del siglo XX, corresponden las obras de Villermé, Louis, Semmelweiss, Snow y Farr (H. E. Sigerist, 1998; Mervin Susser & Susser, 1996a). En 1850 se funda la Sociedad Epidemiológica de Londres, lo cual es un hito fundamental en la institucionalización del saber epidemiológico (Lilienfeld D. E., 1994, p. 28).

Mientras estos trabajos son realizados por los primeros epidemiólogos, se comienza a consolidar también una teoría etiológica unicausal del germen como resultado de la influencia del trabajo principalmente de Koch en Alemania y de Pasteur en Francia (Lopez-Moreno et al., 2000; Rosen, 2015b; Mervin Susser & Susser, 1996a). Esta teoría compite inicialmente con las indagaciones etiológicas que encontraba explicaciones causales en las condiciones sociales, económicas y ambientales en el marco de la teoría miasmática, pero pronto serán compatibles, delegando a la biología (a la microbiología y parasitología principalmente) la confirmación causal y encargándose, la Epidemiología, del estudio de la distribución de la enfermedad y la relación con potenciales factores del orden social o poblacional al servicio del paradigma biomédico de etiología microbiana, que a su vez permitió la confluencia de la mentalidad anatomoclínica y fisiológica de la enfermedad (Quevedo, 1992; Mervin Susser & Susser, 1996a).

En conclusión, en esta época se definieron los principios teóricos y metodológicos para abordar los problemas de salud y enfermedad en las poblaciones. Los métodos que se proponen pretenden construir un conocimiento inductivo, empírico, fundamentado en principios positivistas, pero sin lograr el nivel de formalización de las ciencias que desea emular como la física o la biología (Almeida-Filho, 2000b; R.B. Barata, 1998). El uso de medidas poblacionales de

¹³ De acuerdo con la lectura que Edgardo Castro hace de Foucault, hacia finales del siglo XVIII se da una lucha política en torno a los saberes. El Estado intervendrá para disciplinar el conocimiento con cuatro operaciones: a) eliminación y descalificación de los saberes inútiles, económicamente costosos, b) normalización de los saberes para ajustarlos unos a otros y permitir que se comuniquen entre ellos, c) clasificación jerárquica de los más particulares a los más generales, d) centralización piramidal. Es en ese proceso que surge la institucionalización de los saberes en escuelas o sociedades gremiales o científicas, por una parte y, por otra, surge “la ciencia” (Castro, 2011, p. 103).

frecuencia y magnitud de enfermedad y muerte, la comparación entre los grupos, la observación minuciosa, la pretensión de objetividad en la búsqueda de explicaciones causales mediante la verificación empírica, son los elementos que conforman el marco de la disciplina epidemiológica.

Las consecuencias del fetiche metodológico

Si seguimos los criterios propuestos por Foucault, la Epidemiología no ha cruzado el umbral de cientificidad y mucho menos el de formalización. En la primera mitad del siglo XX se profundizan y consolidan las tendencias esbozadas en el siglo XIX. Surgen las cátedras de Epidemiología en la Escuela de Higiene de Londres y en Johns Hopkins en los Estados Unidos (Almeida-Filho, 2000b; R.B. Barata, 1998; Méndez, 2013). La aplicación de procedimientos y técnicas estadísticas a fenómenos de la vida dan surgimiento a la bioestadística y ésta, a su vez, se incorporará con sus principios y métodos a la Epidemiología, lo que fortalecerá los métodos de cuantificación y ofrecerá nuevas posibilidades para la generalización de los resultados de las investigaciones.

Lo anterior coincide con un cambio en la demanda de soluciones para la población en salud, pues en la medida que las enfermedades infecciosas fueron controlándose, en el contexto europeo y norteamericano, se pone en evidencia la problemática de la emergencia de las enfermedades crónicas: cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras (R.B. Barata, 1998; Lopez-Moreno et al., 2000; Morabia, 2005b).

Según Barata, para entonces:

(...) la Epidemiología como disciplina científica presenta un conjunto de enunciados organizados de acuerdo con la ciencia positivista, es decir formulaciones claras, objetivas, articuladas, racionales, poseedoras de un contenido empírico capaz de ser sometido a verificación; dispone de un conjunto de métodos de observación que funcionan como reglas de construcción de sus verdades aunque le falta una mayor formalización. Hay todo un proceso de institucionalización de esta práctica científica con la creación de cátedras, de sociedades científicas y de la creación de vehículos apropiados para la difusión de su producción; además de la aplicación de sus principios en los servicios de salud para el control de enfermedades (R.B. Barata, 1998, p. 21).

Sin embargo, la trayectoria epistemológica de la Epidemiología nos muestra cómo se le ha prestado más atención a la sistematización y consolidación de los métodos de investigación que a la reflexión teórica dirigida a la delimitación de su propio objeto de estudio: la salud, la enfermedad y la población (R.B. Barata, 1998; Broadbent, 2013; Camargo Jr, Ortega, & Coeli, 2013; Martínez, 2008; Quevedo, 1992).

Para Foucault, la ciencia es una práctica del saber, la elaboración de una teoría sobre un objeto particular; por tanto la ciencia no es sólo un conjunto estandarizado de métodos de investigación (Foucault, 2010a). La omisión de una reflexión teórica representa tal vez el mayor obstáculo epistemológico para la superación del umbral de cientificidad de la Epidemiología.

A mediados del siglo XX se comienza a desarrollar una mayor formalización metodológica que se reconoce actualmente como ‘Epidemiología moderna’ (Méndez, 2013; K. J. Rothman, Greenland, & Lash, 2008) o ‘Epidemiología de los factores de riesgo’ (Buck et al., 1988; Camargo Jr et al., 2013; Idrovo et al., 2008) o ‘Epidemiología de las enfermedades crónicas y paradigma de la caja negra’ (Mervin Susser & Susser, 1996a; Mervyn Susser & Stein, 2009a)¹⁴.

La Epidemiología moderna se soporta en el marco interpretativo del positivismo científico. Pretende abordar los problemas de salud y enfermedad como lo hacen las ciencias naturales con sus objetos de estudio. Asume la población como un conjunto de personas que está expuesta a sufrir un daño: una enfermedad, una lesión o algún desenlace negativo para la salud. La población es el denominador: una sumatoria de individuos donde algunos están expuestos a diferentes factores específicos que aumentan o disminuyen *el riesgo*, es decir, la probabilidad específica de sufrir un daño (factores de riesgo o factores protectores). La salud es asumida, principalmente, como un equilibrio biológico y la enfermedad como lo contrario, una alteración morfo-fisiológica del organismo biológico producida por unas causas, sean estas genéticas, biológicas, ambientales, sociales, etc. El método, adaptación de los diseños experimentales y observacionales de las ciencias naturales, pretende cuantificar la magnitud de la anomalía, la enfermedad, la muerte, la discapacidad, entre otros eventos negativos, y reconstruir el modelo multicausal que la produjo, con la promesa de que si se interviene la causa se controla el desenlace, en una lógica lineal de causalidad que puede ser establecida mediante relaciones estadísticas, lógicas y argumentales bajo unos parámetros establecidos convencionalmente (Almeida Filho, Luis David, & Ayres, 2009;

¹⁴ En 1996, Mervin y Enzra Susser publicaron dos artículos, que tienen una amplia aceptación en la comunidad científica de la Epidemiología, donde proponen una lectura de los cambios históricos y epistemológicos de la Epidemiología a partir de las revoluciones científicas de Kuhn (Kuhn, 2006). Ellos plantean que la evolución de la disciplina puede organizarse en cuatro eras a las que les corresponde a cada una un paradigma: 1) la era de las estadísticas sanitarias (primera mitad del siglo XIX) y el paradigma de los miasmas, 2) la era de la Epidemiología de las enfermedades infecciosas (segunda mitad del siglo XIX y primera del siglo XX) y el paradigma del germen, y 3) la era de la Epidemiología de las enfermedades crónicas (segunda mitad del siglo XX) y el paradigma de la caja negra. Para ellos, desde finales del siglo XX está emergiendo una nueva era: la eco-Epidemiología y el paradigma de las cajas chinas (Mervin Susser & Susser, 1996b, 1996a). Sin embargo, yo no comparto esa lectura, pues considero que la Epidemiología no ha tenido aún ninguna “revolución”, sólo ha perfeccionado su método y su enfoque dentro de un mismo marco interpretativo que siempre ha sido el modelo biomédico y el positivismo científico.

Bhopal, 2002a; Broadbent, 2011, 2013; Hill, 1965; K. Rothman, 2002; K. J. Rothman et al., 2008; Mervyn Susser, 1991).

Desde esta perspectiva, el control de los problemas de salud se fundamenta en la intervención de los factores de riesgo o protectores, valorados en cada individuo, pero interpretados como poblacionales, y de vuelta al individuo cuando se quieren establecer responsabilidades: es el individuo quien ‘decide’ exponerse a un factor de riesgo o protector (Almeida Filho et al., 2009; Martínez, 2008; Rose, 1985).

En 1975, Carol Buck plantea que la excesiva atención que la Epidemiología pone al método se debe al limitado papel que tiene el experimento en la investigación epidemiológica, siendo éste el diseño ideal del método científico convencional; por tal razón todos los diseños descriptivos y analíticos de la Epidemiología son cuasi-experimentos, observaciones comparativas de los fenómenos de la salud y enfermedad en la población (Buck, 1975). La reflexión de Buck generó gran controversia, pero la discusión no logró trascender a nuevas opciones ontológicas y epistemológicas que permitieran “abrir la Epidemiología”, como sí lo hicieron en su momento sus hermanas: las ciencias sociales (Martínez, 2008).

Como cierre, considero que la preocupación actual de la Epidemiología moderna es refinar las herramientas estadísticas y matemáticas en la Epidemiología para abordar, por ejemplo, nuevas exposiciones como los ‘determinantes sociales de la salud’, por una parte, o asuntos moleculares y genéticos, por otra; pero manteniendo la deuda de una revisión profunda sobre su objeto de estudio: la salud y la enfermedad en la población (Krieger, 2011a; Martínez, 2008).

Epidemiología, equidad y justicia social

El propósito de este capítulo es evidenciar el vínculo de algunas maneras de entender la Epidemiología, la Epidemiología moderna, la Epidemiología social anglosajona y la Epidemiología social latinoamericana con teorías de Justicia Social en el marco de dos grandes tradiciones políticas y de pensamiento: el liberalismo y la teoría crítica de la sociedad.

La Epidemiología, disciplina científica con propósito moral

Con leves variantes entre distintas versiones, la Epidemiología es definida hoy como la disciplina científica responsable del estudio de la distribución y los determinantes de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas con el propósito de contribuir a mejorar la salud humana (Porta, 2014; Broadbent, 2013; K. J. Rothman et al., 2008; Jaime Breilh, 2003; Almeida-Filho, 2000b; Krieger, 2011b).

Este concepto ha evolucionado de sólo considerar en su objeto la distribución de la enfermedad a incorporar el espectro salud y enfermedad en la población, pero con poca reflexión teórica de lo que considera qué es la salud, la enfermedad y la población.

Las demás disciplinas de la salud, y la sociedad en general, reconocen el conocimiento que la Epidemiología produce como científico, pero poco se discute sobre su soporte ontológico y epistemológico; su debate suele enfocarse principalmente en herramientas instrumentales para sofisticar sus métodos (Almeida-Filho, 2000b, p.; Bhopal, 2002a; Jaime Breilh, 2003; Broadbent, 2013; Krieger, 2011a; Morabia, 2005a). Ante la escasa reflexión, el devenir de la Epidemiología como disciplina arrastra el legado de la mayoría de las disciplinas de la salud en el cual, a pesar de las definiciones que incluyen la salud, el cuidado y el bienestar, el objeto es realmente la *mala salud* (Venkatapuram, 2013), esto es, la enfermedad, la muerte, la discapacidad, etc.; sin embargo, en las últimas décadas, se han incorporado en las definiciones de Epidemiología el propósito explícito de mejorar la salud, controlar problemas de salud en la población o como lo resume Nancy Krieger: “mejorar la salud de la población y prevenir sufrimiento innecesario, incluyendo eliminar las inequidades en salud” (Krieger, 2011a, p. 29).

Este propósito de la Epidemiología obliga a la disciplina a trascender más allá de lo instrumental y técnico, incluso de lo epistemológico, a la discusión moral. De por sí, el sólo hecho de que su objeto sea la salud y la enfermedad, fenómenos con alta carga moral por su relación con lo que los humanos consideramos una buena o una

mala vida (Sen, 2002; Venkatapuram, 2013), la obliga a la reflexión moral. Ahora, a diferencia de las disciplinas clínicas, la consideración de la salud y la enfermedad en *la población* obliga, a su vez, a una discusión política que también es una discusión sobre la justicia social.

Aunque no es habitualmente reconocido, los cambios en los marcos interpretativos de la Epidemiología están vinculados con la reflexión moral sobre cómo comprender mejor la enfermedad para solucionar los problemas de salud de la población; por tanto, la orientación ontológica y epistemológica de la disciplina está ligada inevitablemente a la reflexión moral que proviene, en primer lugar, de la racionalidad práctica en la vida cotidiana; luego, del debate social y político y, posteriormente, de la argumentación científica (R.B. Barata, 1998). Por tanto, la construcción epistemológica y ético-política de la Epidemiología, como la de cualquier otra disciplina científica, parte de tradiciones filosóficas, sociales e históricas que definen las diferentes maneras de entender la sociedad y de juzgar lo que se considera justo (Hernández, 2011). Al ser así, tanto el fundamento epistemológico disciplinar como su referente de justicia tienen puntos de encuentro que son más que coincidencia, pues son expresión de una tradición de pensamiento específico (ver Figura 1). Por tal razón ninguna disciplina científica, aunque lo pretenda o lo finja, puede ser neutral.

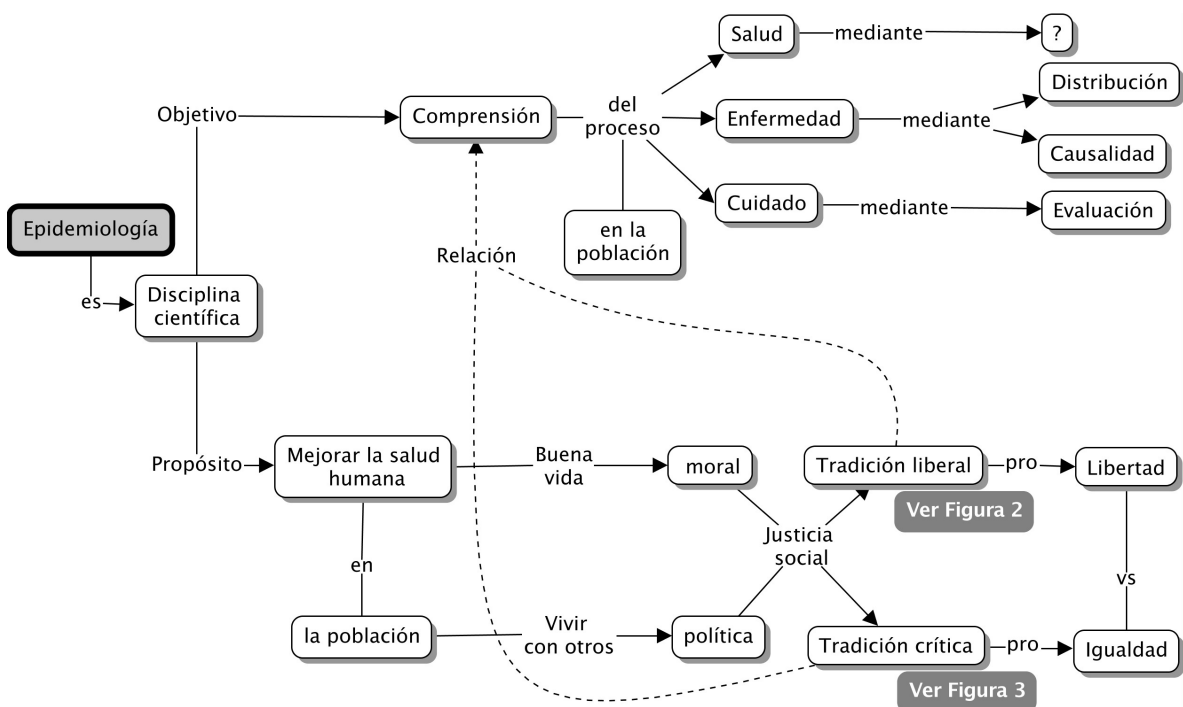


Ilustración 1. Mapa conceptual de la Epidemiología como disciplina científica con propósito moral

Con base en lo expuesto, este capítulo pretende evidenciar el vínculo de algunas maneras de entender la Epidemiología con teorías de justicia social en el marco de dos grandes tradiciones políticas y de pensamiento: el liberalismo y la teoría crítica de la sociedad, con el fin de aportar elementos para ampliar la discusión epistemológica, ética y política de la Epidemiología como disciplina científica.

Enfrentar estas dos tradiciones no es arbitrario; responde a una confrontación filosófica y ética entre dos principios esenciales de la vida social humana: la libertad y la igualdad. Y como pretendo sustentar, define también estrategias distintas de abordar la comprensión de las problemáticas de la salud y la enfermedad en las poblaciones.

Liberalismo, justicia y Epidemiología: el valor de la libertad

El fundamento de la justicia entendida como libertad se funda a partir de las propuestas contractualistas de John Locke y Thomas Hobbes en el siglo XVII. Para estos autores, la vida, la libertad y la posesión de bienes y recursos materiales que resultan del trabajo individual, son los “derechos naturales”, entendidos como dones de Dios a la especie humana. La justicia implica un contrato entre seres humanos libres e iguales que ceden su poder al Estado como garante de esos tres derechos (Hobbes, 2004; Locke, 2014). Por tanto, el Estado debe ofrecer seguridad como medio para garantizar la vida y ofrecer condiciones que permitan a cada individuo ejercer su libre albedrío, realizar su trabajo e intercambiar bienes y servicios sin restricción. Cualquier otra intervención por parte del Estado es considerada como inmoral e injusta (Hernández-Álvarez, 2008). Desde la perspectiva liberal y neoliberal, una sociedad justa es la que respeta la libertad de cada individuo para escoger su propia concepción de vida buena, y no a partir de de las virtudes naturales de cada cual (Sandel, 2011). Esto trae como consecuencia que se dé primacía a las características y los deseos individuales que desembocan en la conformación de mayorías y minorías sociales y, por otra parte, en prácticas discursivas que asumen lo social como una sumatoria de individuos (“individualismo metodológico”) y que son la génesis de disciplinas científicas como la Estadística, la Sociología, la Economía, la Demografía y la Epidemiología (Hernández, 2011).

Aunque para el liberalismo la libertad sea el eje de su concepción de justicia, las ideas y teorías que se configuran a partir de allí son múltiples. Por lo pronto, tres de ellas merecen profundización por su vínculo con la Epidemiología: el libertarismo, el utilitarismo y el liberalismo social (Ver figura 2).

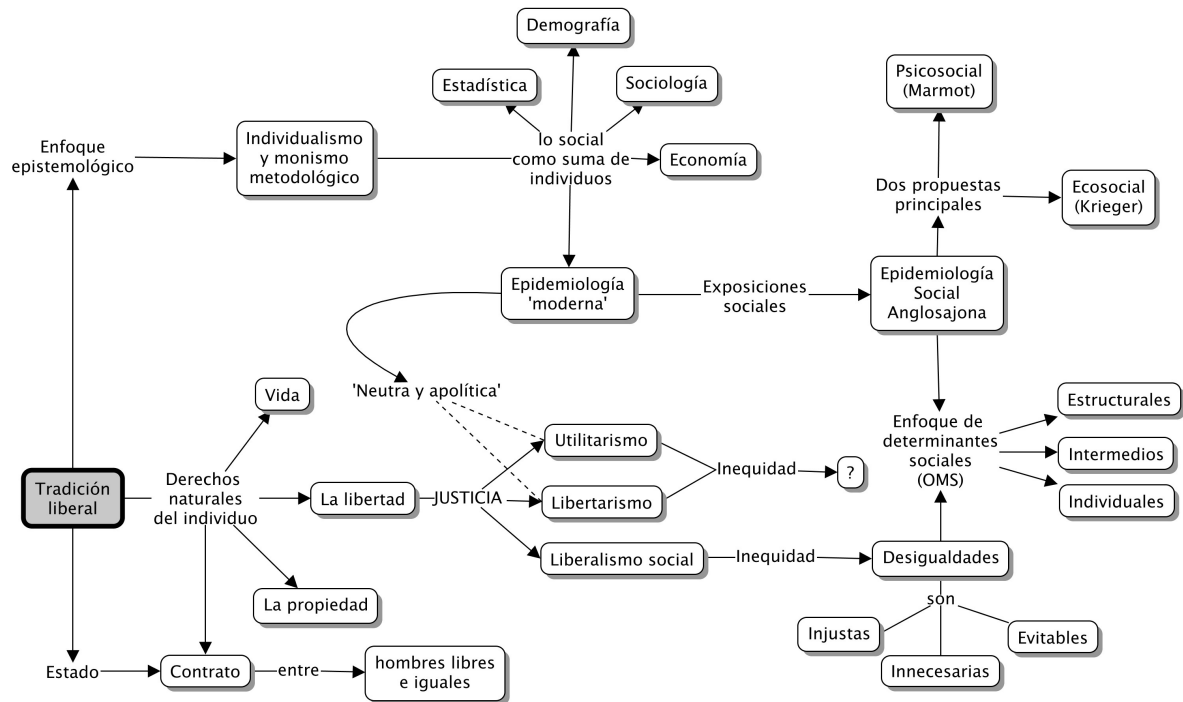


Ilustración 2. Mapa conceptual de la relación de la Epidemiología con la tradición liberal de Justicia Social

Libertarismo, utilitarismo y Epidemiología moderna

En la década de los setenta del siglo XX, con base en la propuesta original de Locke y en el contexto de la supuesta crisis de los estados de bienestar, Robert Nozick en su libro *Anarquía, Estado y utopía* (Nozick, 2014) hace una defensa filosófica de los principios libertarios alrededor del argumento central de *ser dueño de sí mismo*, dueño de su propia persona, de su trabajo y de los frutos de su trabajo. Desde el libertarismo, entonces, no hay posibilidad de redistribución y los derechos del individuo (libertad, propiedad y seguridad) priman sobre los derechos sociales o, en algunos casos, éstos no son considerados derechos; por tanto el rol del Estado debe restringirse al mínimo, su función debe limitarse a velar por el cumplimiento de los contratos entre ‘hombres iguales y libres’ y a garantizar la seguridad de los ciudadanos (Sandel, 2011).

Por otra parte, desde el siglo XVIII y XIX, el utilitarismo surge como una teoría ética y de justicia que se antepone a la propuesta deontológica de Kant, entendida como una ética del deber, y se asume como un enfoque consecuencialista. Aunque hay múltiples versiones del utilitarismo, para todas, la justicia se valora por la posibilidad de obtener el máximo de utilidad que represente para los individuos y la comunidad. Se asume que una distribución es justa en la medida que genere

mayor bienestar, placer, felicidad o satisfacción de sus preferencias al mayor número de personas. A más personas felices mayor utilidad (Mill, 2014).

Aunque el utilitarismo se centra en las consecuencias, en los beneficios finales de las acciones sociales distributivas, algunos críticos han considerado que no toma en cuenta las desigualdades que genera, pues el principio de máxima utilidad, aunque pretenda ser extensivo, necesariamente deja una minoría excluida en desventaja frente a los *felices* beneficiados. La única opción que queda entonces para los marginados es la caridad (Nussbaum, 2012; Sen, 2000).

El enfoque utilitarista y la maximización de beneficios al menor costo posible ha influido de manera importante la economía del siglo XX y tuvo una radicalización en los últimos años del siglo al llegar a servir de fundamento para la asignación de recursos públicos (Hernández-Álvarez, 2008; Nussbaum, 2012). Este enfoque, junto con el libertarismo, son el soporte filosófico del neoliberalismo y del reemplazo de un Estado protector por uno apenas espectador subordinado, cuyas funciones son otorgadas al mercado. Es lo que Michael Sandel ha definido la transformación de *tener* una economía de mercado a *ser* una sociedad de mercado (Sandel, 2013).

La defensa del libre mercado se soportan en argumentos de estas dos corrientes liberales. Por una parte, la defensa libertaria del mercado plantea que permitir que las personas acuerden intercambios voluntariamente respeta su libertad; las leyes, la intervención estatal, violan el derecho a la libertad de los individuos. Por otra parte, el utilitarismo dice que el libre mercado promueve la felicidad general, pues cuando dos acuerdan un trato, ambos obtienen ganancia; mientras el trato beneficie a las dos partes sin perjudicar a nadie, se incrementará la utilidad general (Sandel, 2011, p. 1301).

El influjo de las políticas económicas neoliberales permearon las políticas sociales en la gran mayoría de países del mundo, como las de salud y que están claramente expresadas en el Informe sobre el Desarrollo Mundial del año 1993 del Banco Mundial titulado Invertir en Salud (Banco Mundial, 1993). Tal vez uno de los aspectos más llamativos del Informe es la *rigurosa evidencia* sobre la situación de salud del mundo en el que se sustentan las recomendaciones. Buena parte de esta evidencia proviene de la Epidemiología moderna, la hegemónica.

Como ya se mencionó, el marco interpretativo de la Epidemiología surge del individualismo metodológico, núcleo de la propuesta liberal. Se parte de una versión única posible de ciencia que aborda los problemas sociales, entre ellos la distribución de la salud y la enfermedad en la población, como las ciencias naturales. Para esta versión dominante de la Epidemiología, la población es una colección de personas que está expuesta a sufrir un daño: una enfermedad, una lesión, una discapacidad, la muerte o algún desenlace negativo para la salud; la

población es el denominador: una sumatoria de individuos donde algunos están expuestos a diferentes factores específicos que aumentan o disminuyen el riesgo, es decir, la probabilidad específica de sufrir el daño (factores de riesgo o factores protectores). La salud es asumida principalmente como un equilibrio biológico y la enfermedad como lo contrario, una alteración morfo-fisiológica del organismo (biológico o social) producida por unas causas, sean estas biológicas, ambientales, sociales, etc. El método, adaptación de los diseños experimentales y observacionales de las ciencias naturales, pretende cuantificar la magnitud de la anomalía, de la enfermedad, la muerte, la discapacidad, etc. y reconstruir el modelo multicausal que la produjo, con la promesa de que si se interviene la causa se controla el desenlace, en una lógica lineal de causalidad que se establece principalmente mediante relaciones estadísticas (Broadbent, 2013; Krieger, 2011b; K. J. Rothman et al., 2008; Mervyn Susser, 1991). El control de los problemas de salud por tanto se fundamenta en la intervención de los factores de riesgo o protectores, valorados en cada individuo, pero interpretados como poblacionales, y de vuelta al individuo cuando se quieren establecer responsabilidades: es el individuo quien *decide* exponerse a un factor de riesgo o protector.

Desde una perspectiva libertaria, la Epidemiología es una disciplina instrumental y descriptiva que no juzga y no tiene relación con la justicia; pues la salud y la enfermedad se distribuyen según dinámicas biológicas y poblacionales *naturales* que poco o nada tienen que ver con la valoración de las decisiones como justas o injustas. Para los libertarios, en el ámbito de la salud no hay nada que redistribuir; la buena o mala salud es consecuencia de la confluencia de los resultados de una lotería biológica con las consecuencias de los comportamientos decididos libremente por los individuos.

Desde el utilitarismo, las políticas de salud se centran en intervenciones dirigidas a la suma de individuos, a la población o a la gran mayoría. Lo social es la agregación misma de los individuos o el repositorio de exposiciones causales que los afectan. Esta es la Epidemiología tecnocrática, la que se relaciona y comparte herramientas y métodos con la Estadística y la Economía neoclásica, la que pretende ser imparcial, neutral, libre de intereses, que informa sobre la distribución, causalidad y consecuencias de la enfermedad de las poblaciones para que sean otros quienes toman decisiones: el Estado, los políticos, los salubristas o los clínicos, para beneficio de la mayoría, de tal manera que incrementen la utilidad general.

Justicia liberal redistributiva y Epidemiología social anglosajona

Durante mucho tiempo, hasta bien entrado el siglo XX los debates sobre ética y justicia se hacían principalmente entre posiciones kantianas y utilitaristas. En

oposición al auge del utilitarismo y el libertarismo en la filosofía política, John Rawls, desde una posición liberal neokantiana, propone una nueva teoría de la justicia (Rawls, 2006; Sandel, 2011; Sen, 2011). La actualización que Rawls hace de Kant pretende trascender de una formulación moral de la justicia a la fundamentación política. Pasar de un enfoque interaccional del individuo sobre “cómo debo actuar” al acuerdo *social* sobre “cómo organizar unas instituciones justas y legítimas” que permitan concebir la sociedad como un sistema equitativo de cooperación social, una sociedad equitativa basada en la dignidad humana, y que procura gestar acuerdos para una distribución desigual que favorezca a los menos favorecidos (Rawls, 2006).

Para tal fin, Rawls, en su libro *Teoría de la justicia* (Rawls, 2006), propone un experimento mental donde todos los miembros de la sociedad nos encontramos tras *el velo de la ignorancia* que no nos permite conocer quiénes somos en concreto y qué posición tenemos dentro de la sociedad (ni el género, ni la etnia, ni la edad, ni la religión, ni la clase social, ni ninguna otra condición); por tanto, desconoceríamos las ventajas o desventajas que tendríamos y nos situaría a todos en una “posición originaria de igualdad”. Esa posición garantizaría la posibilidad de suscribir un contrato entre iguales para definir los principios que gobernarían nuestra vida colectiva, pues estaríamos libres de todo interés particular (Rawls, 2006; Sandel, 2011).

Rawls considera que de ese contrato hipotético saldrían dos principios de justicia. El primero, el principio *de igualdad en la libertad* que destaca la importancia de garantizar los bienes o libertades sociales básicas que necesita cualquier persona para alcanzar sus fines particulares (derechos civiles y políticos, derecho a la movilidad y al trabajo, a la renta y al auto-respeto), para desarrollar su plan de vida, en condiciones de una sociedad plural y justa. Para Rawls, este principio tiene mayor jerarquía que el propósito utilitarista de maximizar el bienestar general. El segundo principio es el de *desigualdad compensatoria o de la diferencia* en el que acepta la existencia de desigualdades sociales y económicas siempre y cuando se procuren medidas de protección para los más desventajados de la sociedad (Hernández-Álvarez, 2008; Rawls, 2006; Sandel, 2011).

A partir de la propuesta de Rawls surgen inquietudes sobre la distancia entre un experimento hipotético con tantas condiciones pero que genera una coherente concepción política de la justicia y los patrones reales de conducta marcados por la lucha de intereses y poderes que se da en la sociedad real (Nussbaum, 2012; Sen, 2011). Por otra parte, el propósito de igualdad de oportunidades de Rawls, al desconocer tanto las capacidades como las discapacidades e incapacidades que tiene cada individuo, desconoce la infinita variedad de posibilidades y situaciones de injusticia que se derivan a partir de las mismas instituciones organizadas y

justas con sujetos distintos y desiguales en la experiencia real de la sociedad (Nussbaum, 2012; Sen, 2011).

Dentro del mismo marco de liberalismo social, Sen y Nussbaum, a partir de la crítica que hacen a Rawls, elaboran una propuesta de justicia desde un *enfoque de capacidades* (Nussbaum, 2012; Sen, 2011). Este concibe cada persona como un fin en sí misma y no se pregunta solamente por el bienestar total o medio, sino también por las oportunidades disponibles para cada ser humano. Está concentrado en la elección o en la libertad, pues defiende que el bien crucial que las sociedades deberían promover para sus pueblos es un conjunto de oportunidades (o libertades sustanciales) que las personas pueden llevar, o no llevar, a la práctica: ellas son quienes eligen (Nussbaum, 2012; Sen, 2000, 2011).

Aunque para Sen como para Nussbaum la salud es una capacidad esencial (Nussbaum, 2012, p. 632; Sen, 2002), es Sidhar Venkatapuram quien la desarrolla (Venkatapuram, 2013). Para este autor “cada ser humano tiene un derecho moral a la capacidad de ser y estar saludable, y a un nivel igual con respecto a lo que se considera la dignidad humana en el mundo contemporáneo” (Venkatapuram, 2013, p. 615).

Para este autor, la salud está en el corazón del enfoque de capacidades, es una *meta-capacidad*, un requisito para que cada quien pueda elegir ser y hacer las cosas que considera valiosas y de esta manera se conecta con otras capacidades básicas y combinadas para lograr múltiples funcionamientos. Esta mirada exige trascender el limitado y tradicional morbo-centrismo de las disciplinas científicas de la salud, entre ellas la Epidemiología, y plantea unas exigencias morales a los individuos y la sociedad que trasciende lo biológico y sectorial.

En sintonía con estas propuestas de justicia del liberalismo social surge la Epidemiología social anglosajona como una manera de entender y asumir una Epidemiología que permita abordar el rol de lo social en los fenómenos de salud y enfermedad en las poblaciones con el propósito de resolver inequidades en salud (Berkman & Kawachi, 2000; Krieger, 2011b; Venkatapuram & Marmot, 2009). Tal vez, uno de los principales logros de este enfoque epidemiológico es el posicionamiento político que se logra a partir de la conformación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CDSS) presidida por Michael Marmot (Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre Determinantes sociales de la salud, 2008).

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud surge de una constatación ético-política a partir de la evidencia epidemiológica aportada inicialmente por el *Black Report* en el Reino Unido (Black, Davidson, & Whitehead, 1988) y los estudios *Whitehall* de Michael Marmot (M. G. Marmot et al., 1991) a finales de los años 70 y comienzos de los 80 del siglo pasado (Hernández, 2011).

Estos trabajos indicaban desigualdades (un *gradiente*) en la distribución de desenlaces de salud como la muerte por enfermedades cardiovasculares entre diferentes grupos socio-ocupacionales en Inglaterra y entre trabajadores del sector público según la jerarquía de su posición laboral; esto en el contexto de un país con avances importantes en los logros de reivindicaciones sociales. Estos estudios trajeron al siglo XX hallazgos realizados en el siglo XVIII y XIX en Europa que mostraban cómo las condiciones socio-económicas determinaban la distribución de la enfermedad y la muerte (Foucault, 2012a; Morabia, 2005a; Rosen, 2002). Casi doscientos años después, la Epidemiología social anglosajona *re-conoce* la relevancia de lo social en la etiología de los problemas de salud. Así como existen unos determinantes biológicos y de comportamientos individuales, también los hay sociales; y dado que lo social no es una condición natural ni depende de la voluntad individual, sino que es construido por las relaciones y la interacción humana, las desigualdades en salud debidas a determinantes sociales pueden ser juzgadas como injustas, como inequidades. Según la propuesta de Margaret Whitehead las inequidades se configuran cuando una desigualdad es evitable, innecesaria e injusta (Whitehead, 1991), de las cuales excluyen las derivadas de la biología y de la opción individual. Sin embargo, como lo argumenta Mario Hernández, “esta diferenciación tiene tres consecuencias: primero, hace pensar que la biología nada tiene que ver con lo social y, por lo tanto, su causalidad y distribución obedece a reglas naturales y neutras; segundo, que la voluntad de los individuos, aunque sea social, es justa en sí misma; y tercero, que la organización social es externa a los individuos” (Hernández, 2011, p. 91). Por otra parte, se genera una ambigüedad con respecto a los criterios que deben definir la evitabilidad, la innecesariedad y la injusticia (Braveman & Gruskin, 2003). Por tal razón, Braveman y Gruskin plantean posteriormente que la equidad en salud es la “ausencia de diferencias sistemáticas en salud entre grupos que tienen diferentes posiciones de ventaja/desventaja social” (Braveman, 2014; Braveman & Gruskin, 2003). Para Braveman el carácter sistemático de las diferencias van generando peores resultados en los grupos desventajados y plantea la responsabilidad de las políticas públicas en la prevención y corrección de las inequidades en salud (Braveman, 2014).

Aunque no se hace explícita en los informes de la CDSS, es posible reconocer un enfoque liberal distributivo de justicia: por una parte, el papel que se le otorga a las instituciones de carácter nacional, similar a la propuesta de Rawls de organización de instituciones justas que garanticen una distribución equitativa, y por otra, el énfasis que hace la comisión en la necesidad de condiciones y medios para que las personas, los individuos, tengan las mismas oportunidades para desarrollar sus capacidades y funcionamientos y ejercer su libertad, tal como lo plantea Sen y Nussbaum. Esto apunta a fortalecer la gestión de los Estados, pero con una participación mayor de las personas para definir mediante la deliberación criterios de distribución que se deriven de lo que cada individuo valore como “vida digna” o

“una vida buena” (Hernández, 2011; Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda, & Concha-Sánchez, 2013; Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre Determinantes sociales de la salud, 2008; Venkatapuram & Marmot, 2009).

Para Nancy Krieger, los marcos interpretativos que soportan la investigación epidemiológica que genera evidencia científica de las inequidades en salud son tres: el *psicosocial*, el *ecosocial* y el *sociopolítico* (Krieger, 2011b, Capítulos 6–7). Para esta autora los tres enfoques comparten las siguientes características en común: “1) la tesis de que la distribución de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas no pueden ser comprendidas aparte de -y necesariamente ocurre en- su contexto societal; 2) el corolario de que los procesos sociales causales (aunque probabilísticos) determinan y moldean todos los desenlaces de salud y enfermedad, y 3) La predicción de que a medida que cambian las sociedades, ya sea en su desarrollo social, cultural, económico o tecnológico también lo hará la distribución y los niveles de salud y enfermedad en la población” (Krieger, 2011b, pp. 163–164).

La teoría *psicosocial* plantea que las reacciones neuroendocrinas producidas por el estrés de las situaciones sociales desembocan en enfermedad (Krieger, 2011b, pp. 191–201; M. Marmot, 2005; M. G. Marmot et al., 1991); en la propuesta *ecosocial*, Krieger argumenta que lo ecológico, donde está la estructura social, se incorpora en la producción de la salud y enfermedad a través del curso de la vida. El concepto clave para Krieger es el *embodiment*, es decir la incorporación o “encarnación”, esto es, la integración al cuerpo de las experiencias vividas ecológica y socialmente (Krieger, 2011b, Capítulo 7). La versión latinoamericana de lo que Krieger denomina enfoque *sociopolítico* será expuesto en la siguiente sección.

Más allá de la teoría que la soporta, a la Epidemiología social anglosajona se le podría denominar con mayor precisión como ‘Epidemiología de los determinantes de las inequidades en salud’ lo que haría explícito el necesario nexo entre lo político y lo científico. Sin embargo, en la práctica, el creciente volumen de publicaciones sobre ‘determinantes’ evidencia un tratamiento causal y funcionalista coherente con la Epidemiología moderna donde los determinantes sociales son exposiciones, variables adicionales a las biológicas, de un nivel jerárquico mayor que requieren una mayor sofisticación metodológica para incluirlas como explicativas de modelos causales de daños a la salud. Dicho de otra manera, la discusión de los *determinantes* queda reducida a la enunciación de *factores de riesgo* del nivel social.

Teoría crítica, justicia y Epidemiología: el valor de la igualdad

La Teoría Crítica es tanto un proyecto intelectual como un proyecto de acción que se fundamenta en un examen detallado de la sociedad para poner en evidencia

los arreglos socio-históricos que generan alienación, opresión, dominación, subordinación de los individuos y las sociedades, y busca configurar alternativas de transformación para la emancipación (Leyva & Sampaio de Madereira, 2012).

En el ámbito de la justicia social, para la teoría crítica la promesa liberal de la generación de acuerdos y contratos entre seres humanos *libres e iguales* es imposible, pues la condición de lo humano en el marco de una sociedad capitalista y liberal es la relación asimétrica de poder que genera la dominación de un grupo humano sobre otro, ya sea por su condición socio-económica, de género o de etnia, entre otras, y por la apropiación indebida de los medios de realización de la vida de las personas. Por tanto, las desigualdades sociales fruto de esa asimetría son necesariamente injustas. En ese marco, la esencia de la historia es la lucha de los humanos por realizar plenamente sus potencialidades; es un esfuerzo por oponerse a las fuerzas dominadoras y lograr el dominio sobre ellas y sobre sí mismo en ejercicio de autonomía colectiva. Así mismo, el aumento en el conocimiento humano no se basa en la contemplación de la naturaleza, sino es dado por obra de la actividad, del trabajo que confluye dialécticamente en una unidad de voluntad, pensamiento y acción; es decir, se trata de una integración de teoría y práctica con un propósito explícito de superar la alienación y generar relaciones simétricas a partir del reconocimiento igualitario de la dignidad por el solo hecho de ser humano (Fraser, 2008; Hernández, 2011; Honneth, 2009; Leyva & Sampaio de Madereira, 2012; Marx, 2013).

En Latinoamérica surge en la década de los 70 el movimiento de la *Medicina Social Latinoamericana* y la *Salud Colectiva*, a partir de una tradición crítica de la sociedad para comprender y transformar los fenómenos relacionados con el proceso salud – enfermedad – cuidado en nuestro subcontinente (S. Franco, Duarte, Breilh, & Laurell, 1991; Iriart, Waitzkin, Breilh, Estrada, & Merhy, 2002). Aunque surge del pensamiento crítico, no es un movimiento homogéneo pues se alimenta intelectualmente del materialismo histórico, de las teorías del conflicto en las ciencias sociales, de la antropología crítica y de corrientes neo-marxistas (Vieira-da-Silva & Almeida Filho, 2009). Sin embargo, las distintas versiones tienen en común una postura explícitamente contra-hegemónica al modelo civilizatorio actual basado en una sociedad de mercado, un vínculo entre la generación de conocimiento y la praxis política, un esfuerzo por comprender la realidad de los fenómenos de la salud, la enfermedad y el cuidado como un todo que reconoce una relación dialéctica entre lo biológico y lo social como procesos dinámicos e históricos (Jaime Breilh, 2013b; Hernández & Quevedo, 1994; Morales-Borrero et al., 2013).

El abordaje epistemológico de la Epidemiología desde esta perspectiva social latinoamericana se distancia del causalismo y de la valoración funcionalista de la sociedad, la población y de los fenómenos de salud y enfermedad propios de la

Epidemiología moderna y funda su propuesta epistemológica a partir de la comprensión del proceso de determinación social de la salud (Jaime Breilh, 2013b; Hernández, 2011; Morales-Borrero et al., 2013) (Ver figura 3).

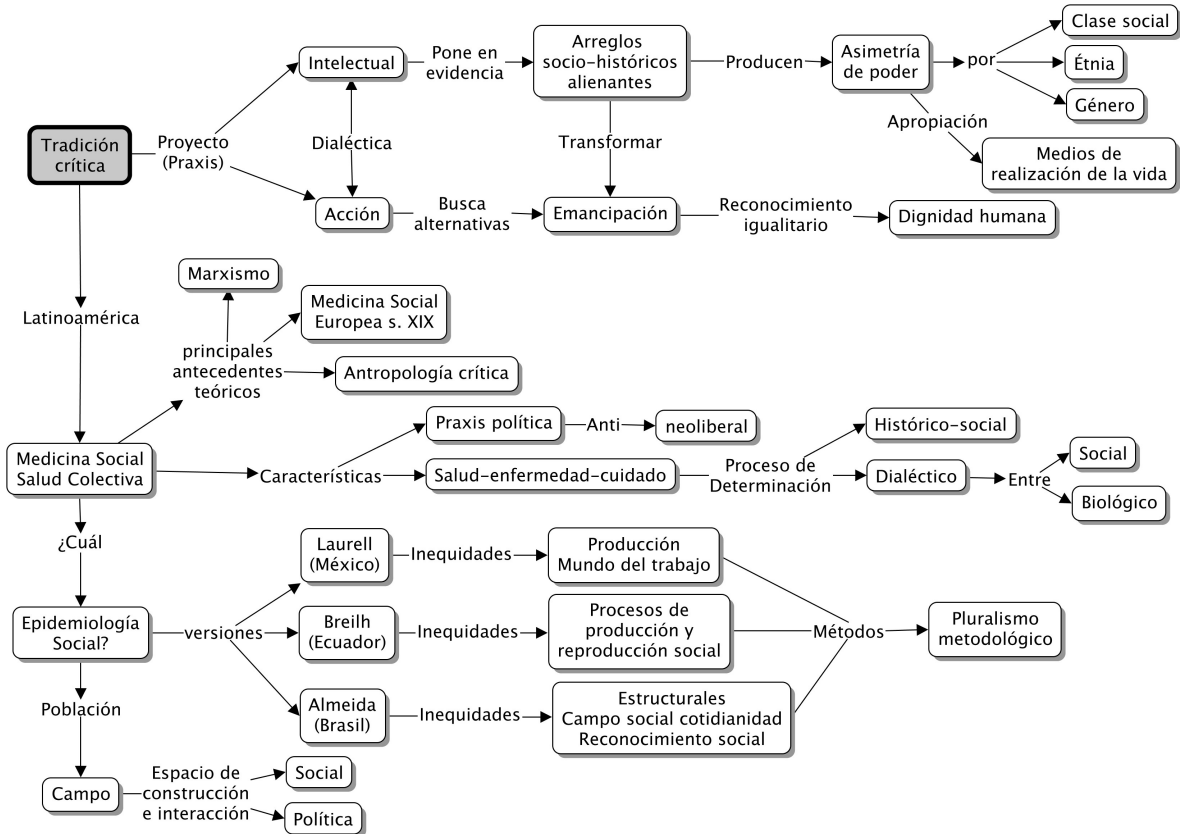


Ilustración 3. Mapa conceptual de la relación de la Epidemiología con la tradición crítica de la sociedad, específicamente con la Medicina Social Latinoamericana

La determinación no es entendida exclusivamente desde una lógica causal de relación entre exposiciones y desenlaces sino como un proceso, como un *modo de devenir*, que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social pero con el reconocimiento de una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social que ponen en evidencia inequidades sociales en salud, entendidas desde esta perspectiva como las desigualdades injustas producidas por las relaciones de poder, dominación y resistencia que enajena al sujeto de sus posibilidades de realización vital. (Jaime Breilh, 2013b; Hernández, 2011; Morales-Borrero et al., 2013; Vieira-da-Silva & Almeida Filho, 2009).

La entrada a la comprensión de la determinación social de los fenómenos de salud, enfermedad y cuidado puede ser distinta. Laurell la propone desde una

perspectiva clásica de la producción y el mundo del trabajo, donde se resaltan las categorías de desgaste y nexos psicobiológicos (Laurell, 1982a). Jaime Breilh propone el abordaje desde el análisis de los procesos de producción y reproducción social y desde el reconocimiento de la triple carga de inequidad (clase social, género y etnia) (Jaime Breilh, 2003, 2013b); por su parte Almeida-Filho y Vieira da Silva buscan un encuentro entre la antropología crítica y la sociología de Bourdieu que permita construir no sólo desde el análisis de inequidades sociales estructurales que configuran cuadros de dominación sino también del reconocimiento del sujeto, su capacidad de agencia y de las posibles relaciones de solidaridad, cooperación y comunicación (Vieira-da-Silva & Almeida Filho, 2009).

Para la Epidemiología desde una perspectiva crítica el método es subsidiario a la praxis, es decir, el método es un artefacto teórico y un camino que permite establecer una relación entre sujeto y objeto para la solución de un problema concreto (Almeida-Filho, 2000a; Jaime Breilh, 2013a). Su objetivo es construir un cuerpo que permita explicar de manera coherente, consistente y satisfactoria el fenómeno que se indaga. Bajo la sombra de una unidad teórico-metódica, herramientas y técnicas pueden ser expropiadas de su tradición epistemológica de origen. La preocupación entonces no es exclusivamente la explicación causal, la preocupación es cómo contribuir de manera eficaz y práctica para la solución de un problema real en un contexto político específico que propende por la emancipación, no como individuo aislado liberal, sino como sujeto colectivo (Almeida-Filho, 2000a; Jaime Breilh, 2013a).

Por lo tanto, el concepto de lo social para esta Epidemiología trasciende la población como sumatoria de individuos de la Epidemiología moderna y aboga por una población indivisible de lo social; es decir la población es el espacio de interacción y construcción de lo social y lo político. Lo social es entonces una categoría dialéctica que se construye en medio de las relaciones de poder y la tensión entre el individuo, reconocido como sujeto social y político, y la población como ámbito de generación de la interacción social, cultural y política entre individuos (Jaime Breilh, 2013a; Fraser, 2008).

Es importante indicar que esta perspectiva ético-política y epistemológica dista mucho de ser reconocida plenamente por la comunidad científica de la Epidemiología y la salud pública. Como bien lo trabaja Bourdieu, el oficio de científico es un campo social en disputa (Bourdieu, 2003) y esta propuesta de la Epidemiología surgida en Latinoamérica es el equivalente al *recién llegado* con una escasa acumulación de capital social, político y simbólico para poder definir las condiciones de práctica y validez de la disciplina científica. Estas condiciones son definidas por el modelo de la Epidemiología moderna convencional que además se liga con mayor coherencia con el modelo hegemónico de ciencia heredero de la tradición positivista y liberal que es funcional a los intereses de la sociedad de

mercado. Más allá de que sea fuertemente cuestionado sigue siendo el que impone las maneras de ser, parecer y hacer en Epidemiología (Jaime Breilh, 2013a). Por otra parte, la pluralidad de enfoques dentro del mismo movimiento de Salud Colectiva y Medicina Social no ha facilitado la construcción de una comunidad científica fuerte que genere un contrapeso a la versión hegemónica de la Epidemiología, ya sea en su versión convencional o en la Epidemiología social de los determinantes de la salud. Desde hace un par de años, apoyados en las herramientas interactivas de la Internet se está realizando un seminario interuniversitario de determinación social entre varias instituciones latinoamericanas que seguramente contribuirán al crecimiento de la masa crítica y a un mayor reconocimiento en el ámbito científico y político (Morales & Eslava, 2015). Sin embargo, dada su orientación hacia la praxis, desde que el conocimiento que genere contribuya a la denuncia, transformación y solución de inequidades en salud en el contexto de nuestros países es más que suficiente.

Una vez expuestas las dos tradiciones, la liberal y la crítica, que contraponen en la balanza la libertad y la igualdad como principios rectores de enfoques políticos de justicia y epistemológicos, considero que la confrontación intelectual entre el enfoque de capacidades de Sen y Nussbaum relacionado con la propuesta de los determinantes sociales de la salud de la Epidemiología social anglosajona con el enfoque de una lectura crítica de la justicia y de la Epidemiología social desde Latinoamérica podría ser muy productivo. Vislumbro un punto en común en las dos posiciones que puede ser el punto de partida de una construcción ético-política para la salud de los grupos humanos: el concepto de dignidad humana y su relación con la salud como derecho humano; como lo ha expresado Mario Hernández:

“En tales condiciones, el “sujeto histórico-político”, consciente de su dignidad y su condición de “sujeto moral”, se asume como transformador de las relaciones de poder que lo alienan, lo tratan como medio y no como fin. La emancipación, entonces, puede apoyarse en el sujeto moral para desarrollar su historicidad. (...) considero necesario sostener el enfoque de derechos humanos como un eje de orientación política en la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva y, en tal sentido, asumir este enfoque como un elemento de articulación estratégica con el llamado de la CDSS” (Hernández, 2011, p. 185).

También considero que la construcción ético-política y epistemológica en el ámbito latinoamericano se puede beneficiar de la lectura y el debate con autores de la teoría crítica contemporáneos como Jürgen Habermas, Axel Honneth, Karel Kosík y Nancy Fraser, entre otros, además de incorporar la reflexión decolonial

desde las experiencias de América Latina (Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007; Lander, 2003).

En conclusión, el recorrido realizado en este capítulo muestra cómo la Epidemiología es más que una disciplina científica descriptiva y neutral. Por el contrario, aún la versión hegemónica que se pretende neutra y libre de intereses exige una reflexión moral y se relaciona con un enfoque específico de justicia social; por tanto, su conocimiento tiene un impacto sobre el propósito de la Epidemiología de contribuir a mejorar la salud de los grupos humanos.

Capítulo 4. Pródromos de la Epidemiología como disciplina en Colombia: la institucionalización de la Higiene y la Salud Pública en Colombia, y el rol de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (1913 a 1969)

El propósito de este capítulo historiográfico es narrar las condiciones sociales, políticas, económicas y académicas relacionadas con la trayectoria de la institucionalización y educación en Higiene Pública y Salud Pública en Colombia. Se hace énfasis particularmente en la creación y el rol de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Adicionalmente se explora cómo van surgiendo algunas prácticas epidemiológicas sin que sea reconocida aún la Epidemiología como una disciplina propia en el contexto colombiano.

Más que un cambio nominal: de la Higiene Pública a la Salud Pública en Colombia

A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX los países latinoamericanos comenzaron a definir o transformar sus estructuras sanitarias con el fin de cumplir con los requisitos que les permitieran ser competitivos e insertarse en las dinámicas del comercio internacional: sortear las cuarentenas marítimas que aumentaban los costos de importación y exportación, evitar la introducción de enfermedades desde el exterior y cumplir con los requisitos exigidos por las potencias comerciales quienes comenzaban a formular acuerdos y reglamentos sanitarios (Cueto, 2005; Eslava, 1998). En el marco de promover y concertar estas disposiciones entre los países del continente surge en 1902 la Oficina Sanitaria Internacional, que luego, en 1924 será llamada Oficina Sanitaria Panamericana y en 1947, Organización Panamericana de la Salud –OPS–, como oficina regional de la Organización Mundial de la Salud –OMS– (Hernández & Obregón, 2002).

Para entonces, las prácticas dirigidas a la población estaban orientadas a partir de las teorías higienistas europeas, primordialmente la francesa y, en menor medida, el movimiento sanitarista inglés. Se fundamentaban inicialmente en la teoría miasmática y poco a poco se fue fusionando con el pensamiento causal microbiológico hasta ser finalmente desplazado por este. La Higiene Pública implicaba prácticas relacionadas principalmente con una adecuada disposición de las aguas (de consumo, lluvias y servidas), del aire, de la organización del espacio urbano y de los hospitales, además del control sobre comportamientos sociales, sobre todo los relacionados con la limpieza y el consumo de bebidas alcohólicas, y el control de las epidemias, entre otras medidas (Foucault, 1977; Rosen, 2002). Si

bien el término 'higiene pública' era usado indistintamente, pero con mayor frecuencia, con el de 'salud pública' en el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, este último se fue imponiendo en la medida en que se iba posicionando una mirada microbiológica centrada en prácticas de laboratorio, promovida principalmente por las escuelas norteamericanas de salud pública (Quevedo et al., 2004; Rosen, 2002).

Para los países latinoamericanos, la organización de estructuras administrativas de higiene y salud pública surgieron en un contexto de precarias condiciones sanitarias, poco desarrollo técnico y acciones fragmentadas y poco efectivas; eso significó para los Estados un esfuerzo organizacional y financiero muy importante, además de generar una apertura a la cooperación técnica internacional, principalmente norteamericana a través de organizaciones filantrópicas de grandes corporaciones como la Fundación Rockefeller; adicionalmente Latinoamérica se convirtió en un campo de prueba de estrategias poblacionales de control de enfermedades infecciosas (Cueto & Palmer, 2014; Eslava, 1998; Quevedo et al., 2004).

En el caso de Colombia, se comenzaron a institucionalizar gubernamentalmente estas prácticas con la creación en 1913 del Consejo Superior de Sanidad que dependía del Ministerio de Gobierno, que en el año siguiente se convirtió en la Junta Central de Higiene y en 1918 se transformó a la Dirección Nacional de Higiene dependiente del Ministerio de Instrucción Pública (Hernández-Álvarez, 2002).

En este marco, la trayectoria de la higiene y la salud pública en la primera mitad del siglo XX estuvo marcada por la influencia y asesoría de la Fundación Rockefeller y de otras fundaciones filantrópicas norteamericanas a través de: primero, campañas de erradicación de la uncinariasis, la fiebre amarilla y la malaria, específicamente en zonas estratégicas de interés económico entre 1919 y 1935 (Quevedo et al., 2004); segundo, en la reorganización de las instituciones gubernamentales de higiene y salud pública que desembocan en la creación del Ministerio de Higiene en 1946, que en 1953 se convertiría en Ministerio de Salud Pública (Hernández-Álvarez, 2002; Téllez Pedroza, 2011) y, tercero, en la transición de los modelos franceses a los norteamericanos tanto en el actuar en clínica, salud pública y en la educación sanitaria (Eslava, 1996, 2004; Gonzalez Rodriguez, 2008; Pineda-Cañar, 2014).

En este contexto no se reconoce a la Epidemiología como una disciplina propia; se pueden rastrear algunas prácticas a finales del siglo XIX y comienzos del XX que corresponderían, desde una lectura de lo que consideramos hoy Epidemiología, a estudios descriptivos, series de casos y estudios de brotes epidémicos como son los casos descritos por Márquez en relación con las fiebres del río Magdalena o la sospecha de brotes de peste en la Costa Atlántica (Marquez Valderrama, 2004; Márquez-Valderrama, 2004); también están las descripciones realizadas en el

marco de las campañas de erradicación de la uncinariasis en la zona cafetera donde confluía información poblacional, microbiológica, diagnóstica y terapéutica alrededor de la práctica clínica en relación con las helmintiasis (Estrada Orrego, 2004, 2015) y ejercicios de cuantificación a partir de registros clínicos de algunas enfermedades de interés social y político como la lepra y la tuberculosis (Estrada Orrego, 2015; Estrada Orrego, Gallo, & Márquez-Valderrama, 2016; Obregón Torres, 2002). Específicamente en Antioquia, en marzo de 1942, la Secretaría de Higiene contrata al doctor Juan Antonio Montoya como Epidemiólogo Departamental, sus funciones eran la lucha contra las endemias y epidemias en conjunto con el Laboratorio Departamental de Higiene (Maya, 1990, pp. 380–381). Es necesario realizar una indagación histórica más profunda de las prácticas epidemiológicas en Colombia antes de la década de los 70 del siglo XX, que no es el propósito de este trabajo; pero corriendo el riesgo de estar equivocado, por lo general, las investigaciones, publicaciones y registros que estos autores referencian no corresponden a una práctica sistemática, no son de base poblacional, usan herramientas básicas de estadística descriptiva y de la vigilancia epidemiológica, pero no hay una aplicación rigurosa de conceptos epidemiológicos o demográficos vigentes para la época ni una comunidad disciplinar en Epidemiología.

La consolidación del modelo norteamericano: Medicina Preventiva y Salud Pública

En 1947, por recomendación de la Fundación Rockefeller, el gobierno colombiano invita a un grupo de siete profesores de Estados Unidos liderados por George H. Humphreys, profesor de cirugía de la Universidad de Columbia, para que hiciera un estudio sobre las características de la educación médica en Colombia e hiciera recomendaciones. La Misión Médica Unitaria, como también se le conoce, visitó Colombia en octubre y noviembre de 1948 y recorrieron las facultades de Medicina de Bogotá, Medellín y Cartagena y sus hospitales de práctica. La primera conclusión de la comisión fue que “la educación médica colombiana era anticuada y de mala calidad en su teoría y su práctica”, además que percibían que “había cierta indolencia por conocer las experiencias de la medicina norteamericana” (Romero-Beltrán, 1999, p. 560). En consecuencia, las principales recomendaciones fueron cambiar radicalmente el modelo de educación francesa y fundamentar los diseños curriculares en la experiencia norteamericana de la enseñanza médica de orientación flexneriana¹⁵ (Eslava, 1996; Pineda-Cañar, 2014).

¹⁵ En 1910 Abraham Flexner, profesor de la Universidad Johns Hopkins, con el auspicio de la Fundación Rockefeller, propone un modelo de educación médica para los Estados Unidos que rompe con la tradición clínica francesa y le da una mayor relevancia a un enfoque científicista biomédico con un valor muy importante al rol del laboratorio clínico (Rosen, 2015a).

Conclusiones similares presentó la misión Lapham o comisión Tulane en 1953. Esta comisión fue solicitada por la Universidad Nacional de Colombia y respaldada por el Instituto de Relaciones Interamericanas y fue liderada por el Dr. Maxwell Lapham, Decano de Medicina de la Universidad de Tulane de Estados Unidos. Entre julio y agosto de 1953 visitaron las siete facultades de medicina existentes en el país: Universidad Nacional, Universidad Javeriana, Universidad de Antioquia, Universidad de Cartagena y las tres recién creadas: Universidad del Cauca, Universidad de Caldas y Universidad del Valle. La propuesta curricular que hizo la comisión fue organizar el proceso de formación en tres bloques: el primero de tres años, ciencias básicas biomédicas, un segundo de un año de estudios preclínicos y los últimos tres años de formación clínica. Posteriormente, la realización de un año de internado hospitalario, para un total de ocho años (Eslava, 1996; Pineda-Cañar, 2014, p.). En los informes de ambas comisiones se resalta la recomendación de la creación de cátedras o departamentos de Medicina Preventiva y Salud Pública (Romero-Beltrán, 1999, pp. 559–571). Dice el informe de la Comisión Tulane específicamente que se espera que los estudiantes de medicina “reciban fundamento sólido de los principios de salud pública y la medicina preventiva, y que se les convenza de la idea de que ellos son parte definitiva de esa responsabilidad que concierne a todos los médicos” (González-Rodríguez, 2008, p. 184).

Para acordar cómo implementar las recomendaciones de las dos comisiones se organizó entre el 6 y el 10 de diciembre de 1955 en Cali el Primer Seminario de Educación Médica en Colombia. La reunión se hizo con el auspicio y apoyo del Ministerio de Educación, El Fondo Universitario Nacional, El Ministerio de Salud Pública, la Fundación Rockefeller, la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la OPS/OMS y algunas empresas comerciales (Universidad del Valle, 1957). Dentro del Seminario se organizaron diferentes grupos de trabajo, uno de ellos fue el de Medicina Preventiva y salud pública. En ese grupo se discutieron los conceptos de higiene, medicina preventiva, salud pública y medicina social, se puso en evidencia la débil formación en esas áreas que, si existía, se encontraba al final del ciclo formativo en competencia con la formación clínica y el escaso recurso humano para la enseñanza de las áreas consideradas esenciales. Las recomendaciones que hizo este grupo fueron la necesidad de fortalecer e integrar la medicina preventiva dentro de la formación médica, la creación en las universidades departamentos de medicina preventiva y salud pública con secciones específicas de Epidemiología, microbiología, parasitología, estadística y laboratorio de salud pública (Universidad del Valle, 1957, pp. 73–77).

La creación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, su Departamento de Medicina Preventiva y la Epidemiología

Las recomendaciones de las dos comisiones norteamericanas y del Primer Seminario de Educación Médica se fueron implementando en todas las Universidades con diferente ritmo, pero donde se asumieron en plenitud fue en la naciente Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. Una estrategia específica sugerida por la Misión Médica Unitaria en 1948 fue la creación de una nueva Facultad de Medicina que incorporara totalmente sus recomendaciones (Romero-Beltrán, 1999, pp. 561–562). Fruto de esta sugerencia, con el apoyo financiero de Las fundaciones Kellogg y Rockefeller y la asistencia técnica de la OPS/OMS se crea la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en Cali en 1950 e inicia sus actividades en octubre de 1951. (Eslava, 2004, p. 57; Pineda-Cañar, 2014, p.; Romero-Beltrán, 1999, p. 562).

En 1952 se une a la planta docente de la Facultad el doctor Santiago Renjifo Salcedo, médico egresado de la Universidad Nacional en 1944 y Magíster en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, graduado en 1946. Renjifo llega después de haber sido director del Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco, que luego se llamaría Carlos Finlay, ubicado en Villavicencio, instituto dependiente del Ministerio de Salud Pública (Corredor, 1997). Ingresa como profesor de parasitología y crea, a partir de 1954, el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Para 1956 el departamento ya contaba con una planta de 16 profesores y tenía importantes convenios con diferentes instituciones nacionales y extranjeras. Ese mismo año se organiza la participación curricular de medicina preventiva y salud pública a lo largo de todo el proceso de formación médica, donde la cátedra ‘Introducción a la Epidemiología’ queda en el semestre 1 del segundo año de la carrera de medicina; siendo entonces la primera cátedra específica de Epidemiología en la formación médica en el país. En 1958 el Departamento inicia el programa de Especialización en Salud Pública dirigido exclusivamente a médicos. La especialización tenía tanto contenidos teóricos como prácticos que se realizaban en las comunidades de los barrios Siloé en Cali y en el municipio de Candelaria del valle del Cauca (Eslava, 2004, pp. 58–59).

En este contexto de desarrollo académico y de relacionamiento internacional que tenía la Facultad y el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública se comenzaron a desarrollar importantes estudios poblacionales epidemiológicos, que aplicaban estrategias y diseños contemporáneos y que tuvieron un importante impacto nacional e internacional: la Encuesta Nacional de Morbilidad, organizada por la recién creada Asociación de Facultades de medicina –ASCOFAME– pero concebida en la Universidad del Valle (Idrovo et al., 2008; Ministerio de Salud de Colombia, 1969); la continuación de los estudios sobre hipotiroidismo y bocio endémico y deficiencia de yodo en el Valle del Cauca que se habían iniciado desde

mediados de los años 40 (Gaitan et al., 1968); la participación en el estudio Latinoamericano de mortalidad urbana de la OPS (Puffer & Griffith, 1967); el Registro poblacional de cáncer de Cali (Correa, 2014; Muñoz, Knaul, & Lazcano, 2014) y los demás estudios que se derivaron de él en cáncer gástrico, cuello uterino y tiroides liderados Pelayo Correa y Nubia Muñoz, entre otros (Correa & Llanos, 1966; Cuello, Correa, & Eisenberg, 1969; Muñoz, Correa, Cuello, & Duque, 1968; Wahner, Cuello, Correa, Uribe, & Gaitan, 1966). Estos estudios fueron el inicio de una larga trayectoria que ha convertido a la Epidemiología de la Universidad del Valle en un indiscutible referente nacional e internacional. Sin embargo, también hubo voces críticas sobre las investigaciones epidemiológicas realizadas en los primeros años en la Universidad del Valle, en especial las que se realizaban con financiamiento de fundaciones internacionales como la Kellog y la Rockefeller, pues planteaban que los estudios no sólo se hacían con el interés de un beneficio poblacional sino que respondían a intereses industriales y empresariales específicos de los financiadores en el Valle del Cauca (Rack, 1977; Taussig, 1978).

Medicina preventiva y salud pública en la Universidad de Antioquia

Al igual que en las otras escuelas de medicina del país, en la primera mitad del siglo XX, la cátedra de higiene en la Universidad de Antioquia se daba de manera irregular (Eslava, 2004, p. 55; González-Rodríguez, 2008, p. 181). Fue hasta 1950 cuando el decano Braulio Henao Mejía vinculó al higienista español Miguel Gracián Casado como docente de tiempo completo para dictar la cátedra de Higiene pública y Bioestadística. En el programa del curso, Gracián plantea que busca transmitir conocimientos derivados de las recomendaciones de organismos internacionales como la OPS/OMS y compartir las experiencias de solución de problemas epidemiológicos en otros países, “sin perder de vista que no todos los métodos son aplicables al medio colombiano” (González-Rodríguez, 2008, p. 182).

El 19 de octubre de 1956, en atención a las recomendaciones del Primer Seminario de Educación Médica en Colombia de 1955, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el decanato de Ignacio Vélez Escobar, creó el Departamento de Medicina Preventiva que comprendía las cátedras de Bacteriología y Parasitología, Bioestadística, Deontología, Medicina Preventiva y Medicina Legal y nombró como Jefe de departamento al doctor Héctor Abad Gómez, médico egresado de la Universidad de Antioquia en 1946 y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Minnesota en Estados Unidos en 1947, quien ya se había desempeñado como Secretario de Salud Pública de Antioquia, oficial médico de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington en 1950, asesor de la Organización Mundial de la Salud para Perú, México, Cuba, Haití y República Dominicana entre 1954 y 1956 (Ruíz-Marín, 2015, p. 8).

Para Héctor Abad Gómez la enseñanza de la salud pública se hacía directamente en el terreno, enfrentando los retos de salubridad de las comunidades, de tal manera que la salud fuera vista como un componente del bienestar social y un promotor de desarrollo humano (Olaya-Peláez, 2003, p. 198). Ejemplo de esto es la carta inédita citada por Luz Adriana Ruíz (Ruíz-Marín, 2015, p. 77) que dirige Héctor Abad Gómez el 30 de diciembre de 1955 desde México al Director de Higiene Municipal de Medellín, donde le cuenta que ha sido nombrado profesor de tiempo completo de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Antioquia y que le proponía, con el aval del Decano de la Facultad, facilitar las condiciones para utilizar el Centro de Salud ubicado en la avenida Juan del Corral como lugar de práctica comunitaria para su curso de medicina preventiva dirigido a estudiantes de medicina de sexto año y que comenzaría en febrero de 1956. Su intención era dividir a los 60 estudiantes en 20 grupos de 3; cada grupo se encargaría un problema de salud específico para que indagaran sobre los factores epidemiológicos (condiciones ambientales, de vivienda, económicos, sociales, de acceso a los servicios de salud, etc.) que explicaran la enfermedad y cómo poderla intervenir en y con la comunidad:

Cómo usted ve nuestra propuesta es que usted nos preste el paciente grande, es decir el municipio de Medellín, para que nuestros estudiantes investiguen por partes su patología y descubran por ellos mismos su posible terapéutica, así como lo que ustedes están haciendo; lo que pueden hacer y lo que no pueden hacer para poner en práctica los métodos de salud pública y medicina preventiva. Aprenderán también a través de sus diarios contactos con los médicos y con las instituciones de salubridad qué hace la higiene pública; cuáles son los problemas que se presentan; cuáles son sus necesidades. (Ruíz-Marín, 2015, p. 77).

Lo anterior es coherente con la comunicación que le remite el decano Vélez Escobar a la Oficina Sanitaria Panamericana en 1956 sobre la intención de abrir tres centros integrales, uno urbano, otro suburbano y uno rural con el fin de poner en práctica el Plan Universitario de Acción y de Enseñanza Socio-Familiar, aprobado por la OPS para ser aplicado en varias escuelas de medicina de Latinoamérica para incentivar el fomento de la salud pública en la región (González-Rodríguez, 2008, p. 185).

La cátedra de Medicina Preventiva, luego llamada Salud Pública, dictada por Héctor Abad Gómez, estaba programada para los estudiantes de los últimos años de carrera, involucraba un componente teórico en el aula y uno práctico directamente en terreno visitando comunidades, fábricas, centros de salud, establecimientos educativos, cárceles, etc. “La medicina no se aprende solamente en los hospitales y laboratorios, viendo pacientes y estudiando células, sino también en la calle, en los barrios, dándonos cuenta de por qué y de qué se

enferman las personas”, le decía a sus estudiantes según lo cuenta su hijo, Héctor Abad Faciolince, en su novela *El Olvido que seremos* (Abad Faciolince, 2006, p. 40). Sus estrategias didácticas y pedagógicas estimulaban el pensamiento analítico y crítico por parte de los estudiantes sobre situaciones problemáticas de salud para la población a través de interrogantes que luego discutían entre todos y con la participación de invitados ocasionales, lo que contrastaba con un enfoque de enseñanza tradicionalista magistral dominante en la formación médica de la Facultad (Ruíz-Marín, 2015, pp. 77–84); lo que suscitaba críticas por parte de algunos colegas y estudiantes: “cómo es posible que nos traigan un profesor que no enseña nada, que lo único que hace es preguntar y preguntar” (Ruíz-Marín, 2015, p. 82). O como lo cuenta su hijo, algunos de sus colegas decían que “para hacer lo que este hace este no se necesita diploma” (Abad Faciolince, 2006, p. 49).

Pero las críticas no sólo venían del interior de la academia; Héctor Abad Gómez, desde siempre, desde que fue estudiante de medicina fue un líder de opinión que generaba controversia y hacía reflexionar a la Facultad de Medicina y a la ciudad misma con base en las denuncias y en las discusiones públicas que originaban alrededor de temas sensibles. Dice Esperanza Echeverri: “Para Héctor Abad la salud pública era un componente imprescindible del bienestar, por eso su ejercicio pedagógico y su acción pública se orientaron a difundir en sus estudiantes y a denunciar ante la opinión pública esa comprensión socio-política de las realidades sanitarias, que hiciera visible la relación entre las desigualdades sociales y las inequidades en salud” (M. E. Echeverry, 2002).

Un buen ejemplo de la controversia que generaba Héctor Abad es la carta que un ciudadano, Julio Betancur, le dirigió al decano de Medicina de la Universidad de Antioquia el 29 de septiembre de 1956 a propósito de la emisión de un programa radial que tenía Héctor Abad con sus estudiantes, inicialmente en la emisora de la Universidad de Antioquia y luego en la de la Pontificia Universidad Bolivariana, llamado ‘Por la salud del pueblo’:

“En las ‘charlas’ que sobre Medicina Preventiva y Salud Pública viene haciendo la Cátedra respectiva de la Facultad por una de las emisoras de la ciudad, oí en la noche de ayer una correspondiente a Higiene Mental. Es justo y necesario declarar que las enseñanzas y doctrinas expuestas son del más absoluto credo racionalista y positivista, y que no solamente hacen caso omiso de los principios religiosos, sino que veladamente se trata de destruirlos. Tengo la convicción de que la medicina que no se funda en los principios religiosos católicos ‘es cosa enferma’ y más aún, muerta y destructora de nuestra comunidad. (...) Alguna personalidad en el campo médico hacía la observación de que nosotros –la Facultad de Medicina– estábamos sacando médicos muy sabios quizás, pero carentes de bases morales y religiosas sólidas” Gómez, HA. Citado por: (González-Rodríguez, 2008, p. 187).

En 1958, con el apoyo de Ignacio Vélez, Decano de la Facultad de Medicina y con los recursos de una donación de Adolfo Aristizábal, empresario radicado en Cali y oriundo del municipio antioqueño de Santo Domingo, Héctor Abad Gómez diseñó la estrategia de ‘promotoras de salud’, para llevar servicios básicos de salud a la población de las áreas rurales. El programa fue implementado en terreno por el médico recién graduado Guillermo Restrepo Chavarriaga y por dos enfermeras en Santo Domingo:

En tres meses de adiestramiento estas muchachas campesinas se transformaron. Aprendieron desde higiene personal aplicada a ellas mismas, hasta los aparentemente complicados secretos de los microbios, los virus, las reales causas de las enfermedades, las maneras adecuadas de prevenirlas y combatirlas, y –sobre todo– sus propias limitaciones en dicho campo. Un año después, con una labor callada y eficiente en cada uno de sus lugares de vivienda, la mortalidad infantil había disminuido a la mitad, el letraje cubría el ochenta por ciento de las casas campesinas, la vacunación contra la viruela, difteria y tos ferina alcanzaba el 90% de la población infantil y el hospital local ya no era sólo el refugio de los ancianos incurables, sino el lugar en donde iban niños y adultos a que les curaran sus enfermedades, enviados oportunamente por las promotoras (Abad Gómez, 1981, p. 3A).

A partir de esta experiencia, el programa de Promotoras Rurales de Salud recibió luego el apoyo del Ministerio de salud y se extendió a otras regiones del país, lo que le dio un amplio reconocimiento a Héctor Abad Gómez (Eslava, 2004, p. 60). Con su liderazgo, la salud pública se posicionó como un asunto público y se ganó un espacio en el debate académico como nunca antes en Antioquia y en el país.

Salud pública y desarrollo: los ‘años 60’ entre la Revolución Cubana y la Alianza por el Progreso

La política internacional de la década del sesenta del siglo XX estaba signada por la Guerra Fría. La finalización de la Segunda Guerra Mundial posicionó a los Estados Unidos y a la Unión Soviética como los líderes políticos y militares del mundo. Como lo plantea Hobsbawm, más allá de la retórica apocalíptica de una amenaza latente, ambas superpotencias aceptaron la repartición del mundo que hicieron al final de la Segunda Guerra Mundial: la URSS ejercía influencia sobre las zonas ocupadas por el Ejército Rojo y otras fuerzas comunistas, y los Estados Unidos controlaban y dominaban el resto del mundo capitalista, además del

hemisferio occidental y los océanos como herencia de la hegemonía imperial de las anteriores potencias coloniales (Hobsbawm, 1998, p. 230).

En Latinoamérica, el triunfo de la Revolución Cubana en 1959 y su alianza política con la Unión Soviética, más la creciente influencia política del pensamiento socialista en la región genera una reacción de los Estados Unidos que pretendía promover un modelo de desarrollo para los países de tal manera que permitiera apagar los connatos de revolución en sus vecinos del sur.

En su discurso de posesión presidencial, el presidente Kennedy dijo:

A los pueblos de chozas y aldeas en la mitad del mundo que luchan por liberarse de las cadenas de la miseria de masas, les prometemos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarlos a ayudarse a sí mismos, durante el tiempo que sea necesario. No porque quizás lo hagan los comunistas, no porque queremos sus votos, sino porque es lo correcto. Si una sociedad libre no puede ayudar a los muchos que son pobres, no puede salvar a los pocos que son ricos.

A nuestras repúblicas hermanas al sur de nuestras fronteras les ofrecemos una promesa especial: convertir nuestras palabras en hechos en una nueva alianza para el progreso, con el fin de ayudar a las personas y gobiernos libres a romper las cadenas de la pobreza. Pero esta pacífica revolución de la esperanza no puede convertirse en presa de potencias hostiles. Todos nuestros vecinos han de saber que nos uniremos a ellos para luchar contra la agresión o subversión en cualquier lugar de las Américas. Y que cualquier otra potencia sepa que este hemisferio pretende seguir siendo el amo en su propio hogar (Kennedy, 1961).

Para ejecutar su promesa presidencial de una Alianza para el Progreso para Latinoamérica, Kennedy se apoyó en la propuesta de su asesor en asuntos económicos, Walt Whitman Rostow, quien había publicado recientemente *Las etapas del crecimiento económico: un manifiesto no comunista* (Rostow, 1961). Allí propone que para llegar de una “sociedad tradicional”, pasando por una de “despegue”, a una de “alto consumo masivo”, como ideal de una sociedad capitalista desarrollada, era necesaria una gran inversión de recursos por parte de una sociedad desarrollada; por tanto, la Alianza por el Progreso definía estrategias específicas sobre cambios en la composición de la propiedad de la tierra, esfuerzos de industrialización dirigidos por los Estados e inversiones sistemáticas en educación y salud pública (Hernández & Obregón, 2002, p. 131).

La Alianza para el Progreso se formaliza en la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial de la Organización de Estados Americanos (OEA), celebrada en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961. Para Cuba, en voz de su representante, Ernesto ‘Che’ Guevara, la Alianza para

el Progreso, más que una estrategia de cooperación internacional, era una estrategia política de expansión imperialista de los Estados Unidos con la intención de frenar el ímpetu revolucionario que recorría Latinoamérica estimulado por el triunfo de la Revolución Cubana (Guevara, 1961), razón por la cual Cuba se abstiene de adherirse a la Alianza y es excluida de la Organización de Estados Americanos (OEA).

La Conferencia de Ministros de Punta del Este de 1961 es una importante muestra de la expresión de la Guerra fría en Latinoamérica. Como lo plantean Hernández y Obregón, “el binomio desarrollo/subdesarrollo se convirtió en el eje del debate, dentro del cual las ideas keynesianas que propugnaban la intervención estatal en las economías, el fortalecimiento del mercado interno y el aumento de la demanda por la inversión estatal en infraestructura y en protección social, se veían como alternativa para los países latinoamericanos” (Hernández & Obregón, 2002, p. 130); de tal manera que comienza a hacerse énfasis explícito en la relación entre salud y desarrollo. El objetivo 8 de la Carta de Punta del este dice:

Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva. Para lograr esta meta se requiere, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe no menos del 70 % de la población urbana y del 50 % de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades (Consejo Interamericano Económico y Social, 1961, pp. 736–737).

De acuerdo con Hernández y Obregón,

Para el logro del objetivo estratégico se introdujeron criterios que deberían gobernar las relaciones entre gobierno, sociedad, economía y salud: primero, el reconocimiento de que la salud era una inversión y no un gasto; segundo, la utilización de la planificación como instrumento para la toma de decisiones en relación con la asignación y uso de los recursos; y tercero, la integración de las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y la coordinación entre los distintos subsectores responsables de esas actividades, particularmente entre los servicios de salud de los ministerios de salud y los del seguro social (Hernández & Obregón, 2002, p. 133).

La OPS sería la llamada para cooperar en el desarrollo de ese eje. A partir de 1958 la Organización fue dirigida por Abraham Horwitz en reemplazo de Fred Soper (Jiménez de la Jara, 2003). Horwitz, chileno, amplió la participación de latinoamericanos en la OPS, lo que contribuyó a una mejor comprensión de la dinámica sociopolítica en relación con la salud de la región y amplió el espectro de pensamiento y acción de la Oficina centrado en la relación salud y desarrollo:

Tres ideas parecen dominar el pensamiento dominante hoy en las Américas: acelerar el crecimiento económico y simultáneamente promover el bienestar social; *establecer* prioridades en los problemas con el fin de invertir los recursos en aquellos que son prevalentes, lo que equivale a planificar y programar; *integrar*, en el seno de cada país, las acciones destinadas a darle a cada ser humano mejores condiciones de vida y oportunidades más adecuadas para su capacidad de crear, de producir y de consumir (Horwitz, 1961a, p. 387).

Desde esta perspectiva, para la OPS, liderada por Horwitz, fortalecer la formación del recurso humano en salud era una labor prioritaria en Latinoamérica, en este contexto se requería un perfil de salubrista capaz de integrar a la problemática sanitaria, una mirada de desarrollo económico y social, a partir de estrategias de planificación en cada uno de los países miembros, por tal razón la OPS tenía como una de sus tareas fortalecer y promover la creación escuelas y programas de salud pública en la región (Horwitz, 1960; Oficina Sanitaria Panamericana, 1960).

La salud pública colombiana en el contexto del Frente Nacional para frenar la Violencia y promover el desarrollo

Entre tanto, en Colombia, en 1957 se crea el Frente Nacional como una estrategia diseñada por la Junta Militar que dio fin al gobierno dictatorial del General Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957) y así ponerle fin a la violencia partidista surgida a partir de la muerte del candidato presidencial Jorge Eliecer Gaitán el 9 de abril de 1948. La estrategia consistía en una alternancia de los partidos Liberal y Conservador en cada periodo de gobierno por cuatro periodos a partir de 1958 y una repartición igualitaria de cargos burocráticos entre los dos partidos en cada gobierno (Bushnell, 2005, pp. 305-314). El efecto inmediato sobre las tasas de homicidios por la Violencia fue notable, pero el arreglo del Frente Nacional significaba la exclusión de otras fuerzas sociales y políticas del escenario electoral y

político del país que a la postre fue uno de los factores que contribuyó a la génesis de grupos insurgentes de izquierda en Colombia y un estímulo a prácticas clientelistas tan arraigadas en la cultura política colombiana (Arias Trujillo, 2011). Para Francisco Sanín, el Frente Nacional tenía tres dimensiones: la primera, hace referencia al pacto de paz entre los partidos Liberal y Conservador; la segunda, una transición democrática desde la dictadura hasta el restablecimiento de una competencia electoral abierta y, la tercera, un pacto para el desarrollo (Sanín, 2014, pp. 99–100). Así fue como los gobiernos del Frente Nacional impulsaron una serie de programas sociales y económicos diseñados para rehabilitar las zonas del país más afectadas por la *Violencia* y acelerar el ritmo de crecimiento, con el propósito de evitar su recurrencia (Bushnell, 2005, p. 314). En este contexto el presidente Kennedy visita Bogotá el 18 de diciembre de 1961 y es recibido por el presidente liberal Alberto Lleras Camargo. Esta visita corrobora la adhesión de Colombia a la Alianza por el Progreso como uno de sus principales promotores.

Así como fue propuesto en Punta del Este, para el gobierno de Lleras, la planeación era una herramienta crucial para estimular la inversión privada a partir del gasto público en aspectos que promovieran el desarrollo. En el ámbito de la salud los gobiernos del Frente Nacional propendieron por la integración y coordinación de los servicios de salud con miras a garantizar el derecho a la asistencia médica, sin embargo, mostraron serios problemas de concertación interna para la integración (Hernández & Obregón, 2002, pp. 137–138).

En la década del 60 del siglo XX, la recién creada Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –ASCOFAME– jugó un papel trascendental en la definición de las políticas de planificación en salud y de integración de servicios. Por una parte, se encargaba de la regulación de la educación y la profesión médica y por otra de la realización del Plan Hospitalario Nacional, en virtud de lo dispuesto en la Ley 14 de 1962 (Hernández & Obregón, 2002, p. 146) . La adherencia a la visión de la relación salud y desarrollo socio-económico promovida por la Carta de Punta del Este y promovida por la OPS es bien expresada en las palabras del Dr. José Félix Patiño en la instalación de la Primera Asamblea Extraordinaria de ASCOFAME realizada en Cartagena en 1963:

La transformación económica a que nuestro país aspira para alcanzar las metas de desarrollo depende de la productividad de sus hombres. No podemos olvidar que el trabajo del hombre representa el más grande capital del país y, por lo tanto, sin discutir si la economía tiene una finalidad humanista, debemos aceptar que los gastos en promoción de la salud deben ser considerados no como consumo, sino como capital. Los dineros invertidos en un ser humano que luego se enferma o muere sin haber dado su máximo rendimiento, representan pérdida. La cantidad de dinero invertido en la recuperación de la salud, en la rehabilitación de ese individuo, siempre es mayor que la inversión que se haga en proveer un medio ambiente saludable que permita al hombre dar un máximo de

productividad y lo mantenga alejado de la enfermedad (Hernández & Obregón, 2002, p. 146).

Durante los 60 y comienzos de los 70, la OPS realizó varias conferencias panamericanas para estudiar el rol de la salud pública y sus escuelas de formación en la región. En la segunda conferencia, realizada en Caracas en noviembre de 1961, se presenta el informe de trabajo del anterior encuentro realizado a finales de 1959 (Oficina Sanitaria Panamericana, 1962). En este documento se define la salud pública como “una actividad que implica la aplicación de un grupo de ciencias biológicas, sociales, administrativas y otras, así como el arte de organizar los servicios de la comunidad a fin de proteger y recuperar la salud en sus diferentes manifestaciones” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1962, p. 33).

Con respecto a la formación en salud pública en los países latinoamericanos dice:

Las escuelas de salud pública han tenido hasta el presente una limitada participación en la solución de los problemas de salud, como parte integral de los problemas sociales, cuya interdependencia es reconocida. Esta interdependencia obliga a procurar que las escuelas de salud pública, a través de sus tres líneas fundamentales de acción (docencia, investigación y acción en la comunidad) traten de encontrar la mejor respuesta para contribuir a la solución de los problemas médicos y socio-económicos de la colectividad. Si bien la solución de los problemas sociales no es responsabilidad directa de ellas, se considera que pueden contribuir, por medio de la docencia, a crear en los diversos tipos de alumnos la conciencia de la influencia de los problemas socio-económicos de los grupos humanos en relación con la salud y la enfermedad.

A su vez, por medio de la investigación podrán ayudar a precisar la relación que existe entre los aspectos socio-económicos y la salud y viceversa, campo en el cual no se conocen aún bien las técnicas de planeamiento y programación. Se facilita esta tarea por el trabajo simultáneo y coordinado de diferentes especialistas, incluyendo sociólogos, expertos en economía, médicos de salud pública, etc. (Oficina Sanitaria Panamericana, 1962, p. 30).

También se exponen las ventajas y desventajas que tendría la dependencia de las escuelas de salud pública de los ministerios de salud o de las universidades. Se discuten aspectos sobre la posibilidad de adquirir experiencia en la práctica de los servicios de salud, la posibilidad de otorgar grados o títulos universitarios, la libertad de cátedra y otros asuntos que luego veremos cómo surgirán en la relación entre el Ministerio de Salud de Colombia y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Oficina Sanitaria Panamericana, 1962, pp. 30–31).

Otro aspecto para resaltar del informe es sobre la conformación de las escuelas. Recomendaron que las escuelas conformaran un Consejo directivo que se reuniera periódicamente para coordinar las actividades y establecer uniformidad de criterio en los procesos de enseñanza e investigación; también sugirió que una escuela de salud pública debía tener mínimo los siguientes departamentos: Epidemiología, bioestadística, administración sanitaria y saneamiento ambiental.

Se hicieron recomendaciones sobre las asignaturas básicas en la formación del salubrista: “1) conocimiento de los grupos humanos en el ambiente físico, biológico y social de la comunidad; 2) Metodología utilizable para ese estudio empleando principios científicos basados principalmente en el método epidemiológico; 3) Técnicas de aplicación de conocimientos basados en los principios de administración, tales como preparación de programas, elaboración y manejo de presupuesto, evaluación de resultados, etc.” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1962, p. 33).

Otras conclusiones que presenta el informe tienen que ver con la importancia de las áreas de demostración para la formación del salubrista, la admisión de estudiantes extranjeros en las distintas escuelas, el adiestramiento de diferentes profesionales, la necesidad de reclutar personal de los servicios sanitarios para su formación, la interacción entre las diferentes escuelas de Latinoamérica y algunas consideraciones generales sobre la investigación y la asesoría a la comunidad en relación con el proceso de formación (Oficina Sanitaria Panamericana, 1962, pp. 34–36).

En representación de Colombia, a esta reunión asistió el Dr. Santiago Renjifo Salcedo, para entonces Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, acompañado por un profesor de bioestadística. Las recomendaciones derivadas de esta Conferencia internacional sumada a la experiencia de Renjifo marcó el rumbo inmediato de la formación y de quehacer de la salud pública en el país.

La Escuela Superior de Higiene, luego Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia

Santiago Renjifo dirigió el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad del Valle hasta 1959, año en el que fue nombrado Director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, mismo año en que la Escuela Superior de Higiene, que había sido creada en 1947 con el auspicio de la Fundación Rockefeller con el fin de formar el personal técnico y especializado

en higiene, cambió su nombre a Escuela de Salud Pública (Eslava, 2004, pp. 55–56; Téllez Pedroza, 2011, pp. 67–68).

Aunque hacía parte de la Universidad Nacional desde 1951, la Escuela de Salud Pública no quedaba en el Campus Universitario, se encontraba ubicada en el centro de Bogotá en la Sede del Ministerio de Salud Pública cuyos funcionarios eran a su vez docentes de la Escuela, labor que al parecer ejercían en tiempos marginales y con escasa dedicación de tiempo (Olaya-Peláez, 2003, p. 198). Durante su dirección, Renjifo, en conjunto con Luis Ernesto Giraldo, médico especializado en Salud Pública en Johns Hopkins, fortaleció la enseñanza de la Epidemiología y la salud pública en la Escuela (Romero-Beltrán, 1999, pp. 584–588; Téllez Pedroza, 2011, p. 172).

El 23 de abril de 1963 Santiago Renjifo se posesionó como el segundo ministro de Salud Pública del presidente Guillermo León Valencia. Al parecer, tuvo múltiples conflictos con los profesores de la Escuela, a la que renunció en 1962. Según Augusto Corredor: “[Se fue] cuando la mezquindad de algunos pocos, que no pudieron resistir su grandeza, con las artimañas de la politiquería lo obligaron a renunciar” (Corredor, 1997, p. 149). Antes de ser ministro estuvo cerca de un año como asesor de la OMS en el Congo. Desde el Ministerio quiso recomponer las relaciones y el funcionamiento de la Escuela con la Universidad Nacional, lo que finalmente no fue posible. Héctor Abad Gómez, 21 años después contaba que:

“El Ministro me recibía con el mismo contrato que semanas antes yo le había ayudado a elaborar, un fin de semana anterior en la finca de su cuñado, Hernando Rey Matiz, para fijar las relaciones entre el Ministerio de Salud y la Universidad Nacional de Colombia, con el fin de modificar el funcionamiento de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá, lo que influyó para su posterior traslado en Medellín” (Abad Gómez, 1984, p. 20).

Por tanto, en diciembre de 1963 estaban dadas las condiciones para que la Escuela de Salud Pública se trasladara a la Universidad de Antioquia en Medellín:

“En conversaciones sostenidas durante los días 18, 19 y 20 de diciembre de 1963, entre el Sr. René Cruz, Representante del Unicef en Colombia, el Sr. Ministro de Salud Pública y el representante de la Universidad de Antioquia que fue a Bogotá a atender el llamado del Sr. Ministro de Salud para la posible creación de la Escuela de Salud Pública en la Universidad de Antioquia, el Unicef está dispuesto a enviar el material cuya compra se está efectuando en los Estados Unidos para la Escuela de Salud Pública de Bogotá, y en vista de que en el Ministerio, canal establecido por esa Organización Internacional para sus relaciones con el gobierno colombiano,

desea trasladar su programa de adiestramiento de la Universidad Nacional a la Universidad de Antioquia, este Organismo Internacional estaría dispuesto a enviar consignado a Medellín materiales como un vehículo de transporte (...) y otro material audiovisual con un valor calculado de unos veinte mil dólares en los próximos tres o cuatro meses, además de estar disponibles para formar contratos con el Ministerio de Salud Pública para aumentar esta ayuda y materiales y equipos de laboratorio, libros, películas y otros elementos para la docencia hasta una suma de veinticinco mil dólares. El Unicef, además, suministrará al Ministerio de Salud, dineros que pueden alcanzar hasta un millón de pesos anuales para sostener en la Sede de la Escuela de Salud Pública que el Ministerio disponga, personal de estudiantes subprofesionales y auxiliares para tareas como educadores sanitarios, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, etc.” (González-Rodríguez, 2008, p. 189).

La creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y el impacto de sus primeros años en la salud pública del país

El 31 de diciembre de 1963 fue suscrito el convenio entre el Ministerio de Salud Pública, representado por Santiago Renjifo, y la Universidad de Antioquia, representada por su rector, Ignacio Vélez Escobar, para que la Escuela de Salud Pública funcionara como dependencia del Departamento de Salud Pública, creado y liderado por Héctor Abad Gómez (Abad Gómez, 1966, p. 47). Los primeros recursos aportados por el Ministerio fueron de \$500.000 con la inclusión anual del presupuesto de sumas crecientes que garantizaran su funcionamiento y partidas para becas dirigidas a estudiantes. Por su parte, a la Universidad le correspondía aportar los docentes, las instalaciones locativas y las dotaciones del Departamento y de las demás unidades académicas que se involucraran (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, pp. 10–11). Además de los recursos del Ministerio y los de Unicef, la Escuela recibió el apoyo de la Fundación Kellogg por 10.000 dólares anuales para el desarrollo del programa de administración hospitalaria (Abad Gómez, 1966, p. 47). También recibió recursos por parte del Banco Interamericano de Desarrollo para la adecuación de una nueva sede que inauguró en octubre de 1964 (Olaya-Peláez, 2003, p. 199).

El propósito del convenio fue definir y fijar las bases de colaboración entre el Ministerio de Salud y la Universidad para la formación de personal destinado al desarrollo de los programas de salud del país. Sus tres objetivos generales fueron:

1. Adiestrar personal profesional y sub-profesional en el campo de la salud pública, de acuerdo con las necesidades del Gobierno Nacional en cuanto a

realizaciones y programas, con las necesidades de formación de personal determinadas por el Ministerio de Salud y sus distintas dependencias y con la capacidad del país para utilizar convenientemente el personal adiestrado.

2. Investigar problemas de salud pública en Colombia, cuyos resultados, conjuntamente con los provenientes de las investigaciones de otras instituciones, puedan ser utilizados por el Gobierno en la orientación de su política administrativa y en el desarrollo de sus programas.

3. Prestarles servicios directos a la población de las comunidades en donde se efectúen sus programas docentes y de investigación.

4. Prestar servicio a otras unidades docentes y de investigación de la Universidad de Antioquia a fin de planificar y organizar la educación en el campo de la salud pública y medicina social y preventiva con sus diferentes ramas (Abad Gómez, 1966, p. 49).

Desde su creación la Escuela contó con asesoría técnica de la OPS/OMS, la que facilitó inicialmente los servicios de un Consultor permanente en planeación sanitaria y en elaboración de planes de estudio (Gil-Blas, 2013, p. 67). También desde sus inicios la Escuela de Salud Pública conformó un Comité Técnico integrado por el Director y cuatro miembros: dos nombrados por la Universidad y dos por el Ministerio. La función del Comité Técnico era regular la relación entre Ministerio y Universidad y definir las condiciones de funcionamiento de la Escuela en lo académico, lo investigativo y las asesorías externas. Por otra parte, el Comité era el encargado de proponer una terna al Consejo Superior Universitario, el cual, en acuerdo con el Ministerio de Salud, designaba quien sería el Director. Este debía ser un profesional con más de dos años de experiencia en salud pública (Abad Gómez, 1966, p. 47).

La Escuela de Salud Pública comenzó funciones en febrero de 1964 con una planta docente de doce profesores: cinco médicos, tres enfermeras, un ingeniero civil, dos estadísticos profesionales y un supervisor de saneamiento ambiental (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 11). A finales de 1965 ya contaba con 16 profesores de tiempo completo y dedicación exclusiva, 9 profesores a tiempo parcial de la Facultad de Medicina y 35 profesores externos que trabajaban por horas o eran invitados, algunos de ellos extranjeros, sobretodo, provenientes de la Escuela de Salubridad de Chile. Los profesores dictaban Epidemiología, estadística, administración sanitaria, educación sanitaria, enfermería de salud pública, administración hospitalaria y saneamiento ambiental (Abad Gómez, 1966, p. 48; Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 14).

En marzo de 1964 comenzó el programa de Magíster en Salud Pública con duración de un año y con 32 participantes (30 nacionales y dos extranjeros). El título obtenido correspondió a médico, odontólogo, enfermera y médico veterinario

en salud pública. En el segundo semestre de 1964 comenzó también el programa de 'Residencia en Salud Pública', dirigida a médicos exclusivamente, con una duración de tres años (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 11). El curso para asistentes de administración hospitalaria era de 780 horas, el de saneamiento ambiental, de 780, y el de estadísticas vitales y hospitalarias, de 1040 horas (Abad Gómez, 1966, p. 48).

Durante los dos primeros años de funcionamiento de la Escuela se evidenció una tensión entre, lo que Álvaro Olaya llamó: "el sendero de la gerencia o del trabajo comunitario" (Olaya-Peláez, 2003, p. 198). Por una parte, estaba Héctor Abad Gómez, quien era el director y que tenía, como ya se ha planteado una mirada de la formación e investigación en salud pública centrada en el trabajo directo con las comunidades y buscando resolver directamente sus necesidades en el terreno mismo. Por otra parte, había un grupo de profesores que consideraba que el camino era formar cuadros directivos y operativos para los servicios de salud con base en criterios de eficiencia administrativa, pues, para ellos, la crisis de la salud pública era dada por una crisis de gestión y ausencia de políticas públicas. Esta visión era respaldada además por los asesores de la OPS y se ajustaba más a lo esperado por el Ministerio de Salud. "La primera crisis de la Escuela fue Héctor Abad contra el mundo; por supuesto perdió Héctor Abad", dice Álvaro Olaya (Olaya-Peláez, 2014). Por tal razón, Héctor Abad Gómez se retiró de la dirección de la Escuela en diciembre de 1965 y regresó a su nicho original que era el Departamento de Medicina Preventiva (Gil-Blas, 2013, p. 82; Olaya-Peláez, 2003, p. 198). Estas diferencias también determinaron que la Escuela comenzara en 1966 a depender directamente de la Decanatura de Medicina y no ya del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Gil-Blas, 2013, p. 67). Valga la pena mencionar que Santiago Renjifo permaneció en el Ministerio de Salud hasta el año 1964 y un año después, el 29 de diciembre de 1965, murió víctima de un accidente de tránsito rumbo a Cali (Corredor, 1997, p. 147).

En enero de 1966 Guillermo Restrepo Chavarriaga asume la Dirección de la Escuela de Salud Pública. En el informe que presentó en la Quinta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina realizada en Buenos Aires, Argentina, entre el 19 y el 24 de noviembre de 1967, muestra cómo se habían venido organizando los programas de formación del que ya habían egresado 600 personas entre profesionales y sub-profesionales. Para entonces, el plan de estudios de la Residencia en Salud Pública para médicos estaba organizado de la siguiente manera: un primer año que correspondía a la formación del curso de salud pública para médicos, el cual constaba de cuatro etapas: ciencias sociales, Epidemiología, administración en salud y trabajo de campo supervisado. Su objetivo era "capacitar a los médicos para que reconozcan los múltiples problemas de las comunidades y su influencia en el estado de salud, y para que orienten y

dirijan a las comunidades en la búsqueda y aplicación de soluciones de soluciones adecuadas a sus problemas de salud, con base en una utilización eficiente de los recursos” (Restrepo Chavarriaga, 1968, p. 69). Como ya se había mencionado, quienes aprobaban ese primer año recibían el título de Magíster en Salud Pública. En el segundo año de residencia, en los primeros seis meses se hacían rotaciones de mes y medio por las secciones de Epidemiología, Ciencias Sociales, Administración y Estadística; los otros seis meses se empleaban en prácticas de campo en sitios definidos por la Escuela. Quienes aprobaban el segundo año recibían el título de Especialista en Salud Pública otorgado por ASCOFAME; El tercer año los estudiantes se dedicaban a actividades específicas de educación y docencia en uno de los campos de la salud pública. Quienes aprobaban este año recibían el título de doctor en salud pública otorgado por la Universidad de Antioquia (Restrepo Chavarriaga, 1968, pp. 68–69).

Se ofrecían otros cursos para profesionales con duración de dos meses como el Curso intensivo de administración de atención médica y hospitalaria para ejecutivos médicos de hospitales, Epidemiología y control de la tuberculosis, Planificación de la salud y Orientación en odontología sanitaria. También, desde 1965 se ofrecía la carrera universitaria de nutrición (Restrepo Chavarriaga, 1968, p. 69); además de los cursos ya mencionados para personal operativo intermedio.

En el ámbito de la investigación se habían desarrollado o estaban en curso 20 proyectos de investigación, de los cuales al menos la mitad tienen un enfoque epidemiológico; entre ellos se destacan: Encuesta de morbilidad de la región de Úraba, 1964; Investigación epidemiológica sobre intoxicación por triortocresilfosfato en la ciudad de Medellín, 1964; Investigación sobre la epidemia de poliomielitis en Yolombó (Antioquia), 1964; Investigación Interamericana de Mortalidad en la niñez patrocinada por la OPS, entre otras (Restrepo Chavarriaga, 1968, pp. 70–71).

También en 1967, la Escuela asesoró al Departamento de Antioquia y el 4 de noviembre de ese año, mediante ordenanza 4 del 28 de noviembre se crea el Servicio Seccional de Antioquia (SSSA) con el objeto de realizar la planeación, dirección y ejecución de los servicios médicos, preventivos y asistenciales en todo el territorio departamental (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2007, pp. 6–8). El diseño y creación del Servicio Seccional recogía plenamente las recomendaciones hechas por la OPS que estaban expresadas en el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública, 1962 a 1971, en el marco de desarrollo de la Alianza para el Progreso y la Carta de Punta del Este. El Plan decenal promovía la reorganización e integración de los servicios asistenciales y de prevención en el país desde una perspectiva de Planificación en Salud promovida por OPS con su modelo CENDES-OPS de 1962 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2007, pp. 6–8; Hernández & Obregón, 2002, p. 139). A partir de esta experiencia, los profesores de

la Escuela comenzaron a asesorar a los demás departamentos del país en la creación de servicios seccionales, lo cual se vería luego reflejado en el Plan Nacional Hospitalario promulgado mediante la Ley 39 de 1969 (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 16).

En 1969 la Escuela fue sede de dos eventos que ayudaron a consolidar su relacionamiento internacional y su vínculo con la OPS: la Sexta Conferencia Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública y el Simposio Panamericano de Administración de Atención Médica; adicionalmente OPS/OMS apoyaba el fortalecimiento de la Escuela mediante la participación permanente de consultores y asesores; además de facilitar el intercambio docente y conseguir recursos y becas para la capacitación de profesores en el exterior (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 18).

Al finalizar la década de los 60 la Escuela se encuentra posicionada como una institución líder en la formación de recurso humano en salud pública para el país y Latinoamérica. Así se lo dice Luis Fernando Duque a Juan Gil Blas en una entrevista transcrita en su libro:

... [la decanatura] del doctor Guillermo Restrepo tuvo la característica, primero, de ponerse a la vanguardia de las facultades de salud pública de América Latina, no era la mejor ni nunca ha sido la mejor, pero sí estaba en el grupo de las mejores. El doctor Guillermo Restrepo estudió salud pública en la Universidad de Puerto Rico, entonces él tenía la visión de las escuelas de salud pública norteamericanas, pero con un toque latinoamericano. Bueno, entonces lo primero que le dio fue una perspectiva, una dimensión internacional con muy buenas relaciones con la Organización Panamericana de la Salud (Gil-Blas, 2013, p. 83).

Adicionalmente, la injerencia de la Escuela en las políticas públicas en salud del país fue muy grande para entonces, la gran mayoría de los funcionarios directivos y técnicos del Ministerio eran egresados o habían sido profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por eso la llamaban “la Fonda Antioqueña”. En palabras de Juan Gil “prácticamente no se podía considerar al Ministerio sin Escuela, ni a la Escuela sin Ministerio” (Gil-Blas, 2013, p. 98).

Conclusión del capítulo

La transformación de la Higiene Pública a la Salud Pública en Colombia y la institucionalización de esta última estuvieron marcadas por una importante influencia norteamericana. Inicialmente por campañas fragmentadas orientadas por fundaciones filantrópicas estadounidenses y luego por su injerencia en la organización gubernamental y la institucionalización de su enseñanza. En las décadas de los 50 y 60 del siglo XX se fortalece la estructura institucional de la

salud pública en el país a partir de un enfoque desarrollista promovido por la Alianza por el Progreso y expresado plenamente en la Carta de Punta del Este. En este contexto se crea primero la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle y su Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, y en 1963 la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Esta última institución forma los cuadros directivos y operativos de los servicios de salud del país e interviene activamente en la definición de las políticas de salud pública locales, regionales y nacionales con constante acompañamiento y asesoría de la OPS y otras agencias internacionales.

La Epidemiología en este contexto no surge aún como una disciplina propia, sino que es una práctica subsidiaria de la salud pública. Su principal desarrollo para entonces se da en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle y de manera más incipiente en la Universidad de Antioquia.

Capítulo 5. El reconocimiento de la Epidemiología como disciplina y profesión de la salud en Colombia (1970 – 1989)

Del determinismo unicausal a la multicausalidad probabilística en Epidemiología

En abril de 1942, la revista *American Journal of Public Health* (AJPH) hace una editorial a partir de una anécdota con un fisiólogo que dictará Epidemiología en una universidad norteamericana e invita a sus lectores a responder las preguntas: ¿Qué y quién es un epidemiólogo? ¿Los epidemiólogos nacen o se hacen o son autoconfesados? (AJPH, 1942a, p. 414). De las respuestas recibidas durante el curso del año se encuentra como coincidencia que un epidemiólogo debía ser un médico con importantes conocimientos en clínica, bacteriología, estadística y trabajo de campo. El epidemiólogo se concibe como un inspector médico, un detective, que se introduce en las comunidades para encontrar el qué, el por qué y el control de los brotes epidémicos de enfermedades infecciosas principalmente (AJPH, 1942c, 1942d, 1942d, 1942e, 1942b). En palabras de C.F. Adams, “un epidemiólogo es un médico que investiga la presencia (diagnóstico), la fuente (agua, comida, aire, etc.) y el control de una epidemia o de un brote de cualquier enfermedad” (AJPH, 1942c, p. 647).

A finales de la década del 40, para los editorialistas del AJPH, la tarea del epidemiólogo de campo debía concentrarse en el control de las exposiciones ambientales de las enfermedades infecciosas como la eliminación de mosquitos, la pasteurización de la leche, la purificación del agua o el uso de antibióticos; o en fortalecer al potencial hospedero por medio de la vacunación, mejorar las condiciones nutricionales, higiénicas, etc.; mientras la función del epidemiólogo teórico es el estudio de cómo se relacionan esas exposiciones con la presencia de la enfermedad (AJPH, 1948).

Desde esta óptica, el interés principal de la Epidemiología es la indagación de las circunstancias en que se dan las enfermedades infecciosas, lo que Ayres denomina una “Epidemiología de la exposición” (J. R. Ayres, 2005). Las preguntas de causalidad eran resueltas por la microbiología, la Epidemiología, como disciplina subsidiaria pretendía mostrar la distribución por circunstancias de persona, tiempo y lugar que permitiera comprender mejor las condiciones en que se da la enfermedad (circunstancias, exposiciones, no causas) principalmente en las enfermedades infecciosas y en las carenciales.

Previo a la consolidación hegemónica de la teoría microbiológica como explicación causal de las enfermedades infecciosas, la práctica, de quienes se consideraban epidemiólogos, era la cuantificación de los problemas de salud en la población, de tal manera que mediante ejercicios comparativos se pudiesen dilucidar posibles causas que permitieran definir estrategias de control poblacional, principalmente, frente a brotes o epidemias. En este ámbito se encuentran, por ejemplo, los trabajos de Farr y Snow en Inglaterra (Morabia, 2005a; Mervin Susser & Susser, 1996a).

Si bien, el abordaje metodológico de la Epidemiología no se modificó de manera importante con el auge microbiológico, la pregunta sí; pues la epidemiológica se convierte en una práctica subsidiaria de la microbiología que indaga sobre las circunstancias en las que se da la enfermedad: su distribución según variables de persona, tiempo y lugar, las condiciones ambientales y del hospedero en las que se presenta; pero no una pregunta sobre la causa, pues esta le corresponde a la microbiología, en un sentido unicausal lineal: un agente causal para cada enfermedad. Por eso su función estaba más circunscrita a la comprensión de los fenómenos epidémicos, principalmente; ya sea para controlarlos, una vez se han presentado o para prevenirlos.

Si bien la hegemonía de la explicación microbiológica se consolida a partir de los trabajos de Pasteur en Francia, los principales núcleos institucionales donde se consolida esta visión y práctica de la Epidemiología son La Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, fundada en 1899, y la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore, Estados Unidos. Si bien en Inglaterra se había creado la Sociedad Epidemiológica de Londres en 1850, más por intereses políticos y estratégicos dentro de la Sociedad Real de Medicina, fue en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical donde se comienza a hacer un ejercicio académico de la Epidemiología.

Sin embargo, es en los Estados Unidos, en la Universidad Johns Hopkins, donde se consolida la Epidemiología como una disciplina científica a partir, principalmente, de los aportes de Wade Hapton Frost. Frost fue profesor de Johns Hopkins entre 1919 y 1938; antes estuvo en el Laboratorio de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Frost creó el Departamento de Epidemiología en la Escuela Bloomberg y a él se le atribuyen importantes avances en la metodología de investigación de campo para brotes de enfermedades infecciosas como polio, fiebre tifoidea, meningitis cerebroespinal epidémica, influenza, difteria, fiebre amarilla, enfermedad respiratoria aguda y tuberculosis; así mismo realizó estudios sobre contaminación de fuentes hídricas; en el ámbito específicamente académico, según Abraham Lilienfeld, fue Frost quien consolidó la Epidemiología como una disciplina científica, sistematizó los métodos vigentes para el momento, definió estrategias teórico-prácticas para su enseñanza y

fortaleció el vínculo de la Epidemiología con la salud pública (A. M. Lilienfeld, 1983).

Si bien, desde comienzos del siglo XX el principal interés estaba centrado en las enfermedades infecciosas y carenciales, desde la década del 30 comenzaron publicarse estudios epidemiológicos sobre cáncer y otras enfermedades no infecciosas. En el libro *El desafío de la Epidemiología*, Carol Buck, Álvaro Llopis, Enrique Nájera y Milton Terris discuten el porqué del interés creciente en las enfermedades crónicas. Por una parte, el fenómeno de envejecimiento poblacional de los países europeos y de los Estados Unidos, en parte producto de la propia dinámica poblacional, pero también por la participación de la población joven en las dos Guerras Mundiales. Por otra parte, surge la necesidad de encontrar explicaciones causales más amplias ya que, en las enfermedades crónicas, el unicausalismo microbiológico o carencial es insuficiente, esto planteado principalmente por autores como Morris, Palmer y Kissen que reconocían sus propios trabajos como “investigaciones de medicina social”, según lo describe Acheson (Organización Panamericana de la Salud, 1966, pp. 112–113).

A esta época, entre 1930 y 1960 corresponden los reconocidos trabajos de Major Greenwood sobre Epidemiología del cáncer en Inglaterra en 1935, los de Bradford Hill y Richard Doll sobre la relación entre consumo de tabaco y cáncer de pulmón; también de los mismos autores, la cohorte de médicos británicos y la relación entre consumo de tabaco y mortalidad; de Dawber, Kannel y Lyell, el inicio de la Cohorte de Framingham en 1948 y sus primeras publicaciones en la década de los 50 planteando la relación entre exposiciones biométricas, como el colesterol total elevado y la hipertensión arterial, con la mortalidad por infarto del miocardio, además de indicar como comportamientos y consumos, como el de tabaco, se relacionan con esta misma enfermedad (J. R. Ayres, 2005; Morabia, 2005a). De tal manera que para 1950, Yule plantea que restringir la Epidemiología al estudio exclusivo de las enfermedades infecciosas “es ahora anticuado”. Para él, la Epidemiología era “el estudio del hombre como un individuo y como un miembro de la manada” (Yule, 1949, p. 229).

En enero de 1957 Abraham Lilienfeld publica en el *Public Health Reports* el artículo *Epidemiologic Methods and Inferences in Studies of Noninfectious Disease* (A. M. Lilienfeld, 1957). En este texto define la Epidemiología como “el estudio de la distribución de la enfermedad o del problema de salud en la población y de los factores que influyen su distribución” (A. M. Lilienfeld, 1957, p. 51). Dice que conocer la distribución de la enfermedad de acuerdo a las características del individuo es útil porque: “1) Permite desarrollar hipótesis sobre factores etiológicos, 2) permite probar hipótesis clínicas y de laboratorio y 3) provee de bases científicas para la toma de decisiones en salud pública para el control de las enfermedades” (A. M. Lilienfeld, 1957, p. 51). Luego, hace una descripción de las

alternativas metodológicas que él considera tiene la Epidemiología para el abordaje epidemiológico de las enfermedades crónicas y, por último, plantea que la inferencia causal depende de establecer tanto asociaciones estadísticas como de lograr explicarlas biológicamente (A. M. Lilienfeld, 1957, p. 59).

Este artículo, que recoge las experiencias y los métodos de investigación recientes en Epidemiología, es prueba de la transformación conceptual que se estaba viviendo en Epidemiología en la década del 50 del siglo XX. Se estaba migrando del unicausalismo determinista a la multicausalidad probabilística. Esta es la razón por la que Mervin Susser, José Ricardo Ayres, Alfredo Morabia y Kenneth Rothman, epidemiólogos interesados en la trayectoria histórica de la Epidemiología, coinciden en que en la mitad del siglo XX se da un importante cambio en la concepción de la Epidemiología, aunque no se aleja de la mirada bioclínica, por el contrario, se acentúa, pero esta vez con independencia disciplinar de la microbiología. Para Susser se migra del paradigma unicausal de las enfermedades infecciosas al paradigma de la “caja negra”, donde la causalidad es múltiple, pero adicionalmente los diferentes factores no pueden explicar plenamente la causa de la enfermedad (Mervin Susser & Susser, 1996a); para Ayres, se da una transformación de una Epidemiología de la “Exposición” a una Epidemiología del “Riesgo” (J. R. Ayres, 2005), pues si bien, la expresión riesgo se había utilizado desde las primeras prácticas epidemiológicas, es en este momento en que se convierte en el principal objeto de estudio de la disciplina, entendido el riesgo ahora como *la probabilidad* de enfermedad o daño. Sobre este concepto nuclear se construye lo que Morabia denomina “La Epidemiología clásica” (Morabia, 2005a) o Rothman definirá después como “Epidemiología moderna” en un intento por desmarcarse de la Epidemiología monocausal ligada a las enfermedades infecciosas (K. J. Rothman, 1987). La relación que se establece con las exposiciones hacen que estas sean ‘factores de riesgo’ si aumentan la probabilidad del daño o ‘factores protectores’ si la disminuyen, como lo hemos planteado en los capítulos previos. Posteriormente, serán incluidos los conceptos de ‘confusión e interacción’, esenciales en la configuración conceptual de multicausalidad en la Epidemiología moderna (Morabia, 2010).

En 1970, Brian MacMahon y Thomas Pugh (profesores de Epidemiología en Harvard) publican el libro *Epidemiology, principles and methods* (MacMahon & Pugh, 1975), diez años antes, MacMahon había publicado una edición anterior con el título *Epidemiologic Methods*. En el prefacio de la segunda edición, los autores manifiestan la necesidad de definir y concretar los principios de la disciplina dado los muchos cambios y avances metodológicos que se presentaron en la década de los sesenta y manifiestan que el libro está pensado para una Epidemiología para las enfermedades crónicas, pues “la Epidemiología ya no está restringida al estudio de brotes sorpresivos de enfermedades” (MacMahon & Pugh, 1975, p. 1). Para

MacMahon la Epidemiología se fundamenta en cuatro ideas: 1) la enfermedad humana se relaciona con el ambiente, 2) la necesidad de cuantificar los fenómenos naturales, 3) el uso de experimentos naturales para establecer la etiología de la enfermedad y 4) el uso de experimentos humanos (bajo ciertas condiciones) para definir estrategias de control de las enfermedades (MacMahon & Pugh, 1975, pp. 4–11). Su propósito es: “dilucidar los mecanismos causales, explicar las características locales de la ocurrencia de la enfermedad, describir la historia natural de una enfermedad o bien servir de guía durante la administración de los servicios de salud” (MacMahon & Pugh, 1975, p. 11).

Brian MacMahon fue el primer editor de la revista *Cancer Causes Control*. En 2008, un año después de su muerte, los editores publican un artículo que recoge una serie de semblanzas de varios de sus colegas y discípulos en las que todos coinciden con el título del texto: “*Brian MacMahon (1923-1977): founder of modern epidemiology*” (Trichopoulos et al., 2008).

Un asunto central y problemático en esta nueva versión de la Epidemiología era el de la causalidad, pues ya no era suficiente la explicación unicausal de la teoría microbiana expresada en los criterios de causalidad de Koch-Henle para el abordaje de las enfermedades crónicas, e incluso para las enfermedades infecciosas (Mervin Susser & Susser, 1996a). Bradford Hill, para entonces Profesor Emérito de Estadísticas médicas de la Universidad de Londres, hizo una conferencia el 14 de enero de 1965 que tituló: *The Environment and Disease: Association or Causation?* (Hill, 1965). En esta disertación, donde explicita que no pretende hacer una discusión filosófica, plantea la dificultad para el abordaje de la causalidad cuando se están valorando enfermedades crónicas desde un enfoque pragmático para decidir acciones en salud:

(...) antes de definir *causalidad* y tomar acciones, no siempre tenemos que esperar sentados los resultados de la investigación. Puede que no se revele la totalidad de la cadena [causal], pero pueden ser suficiente unos cuantos eslabones. Dependerá de las circunstancias.

(...) Cuando las observaciones de dos variables revelan una asociación perfectamente definida y que sobrepasa lo que podríamos atribuir al azar ¿qué aspectos de dicha asociación debemos tener en cuenta para decidir que la interpretación más aceptable es la existencia de causalidad? (Hill, 1965, p. 295)

Hill propone entonces nueve criterios que orientan al investigador para valorar la causalidad de una asociación estadística. Los criterios son: fuerza de asociación, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad biológica, coherencia, evidencia experimental y analogía (Hill, 1965).

En 1973, Mervyn Susser publica el libro *Causal Thinking in the Health Sciences: Concepts and Strategies of Epidemiology* (Mervyn Susser, 1991). En este texto, Susser expone la transformación que se da en el razonamiento epidemiológico causal de la unicausalidad a la multicausalidad, cómo valorar la causalidad y discute la necesidad de valorar la confusión y la interacción en la construcción de modelos causales. Pero tal vez lo más interesante que plantea Susser, desde el título del libro, es definir la causalidad en salud como el objeto de estudio de la Epidemiología.

La revista *American Journal of Epidemiology*¹⁶ publica en 1976 el artículo *Causes*, del profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, Kenneth Rothman. En este texto Rothman define una causa como “un acto o un suceso o un estado de naturaleza que inicia o permite, sola o en conjunción con otras causas, una secuencia de sucesos que da como resultado un efecto” (K. J. Rothman, 1976, p. 588). Clasifica las causas en *causas componente*, *causas necesarias* y *causas suficientes*. Esta clasificación le permite configurar un modelo compatible con un enfoque multicausal y probabilístico de la causalidad de las enfermedades y los problemas de salud (K. J. Rothman, 1976) y refuerza la causalidad como asunto fundamental del pensamiento epidemiológico.

Las propuestas de Hill y de Rothman (más que la de Susser) se posicionan como los modelos teóricos que orientan buena parte de la discusión etiológica en Epidemiología desde entonces. Este interés predominante en la causalidad fundamentado en el concepto de riesgo es la base fundamental de lo que Rothman ha denominado “Epidemiología Moderna” (K. J. Rothman, 1987).

El creciente interés y necesidad por la Epidemiología en Latinoamérica

En la década de los 60 del siglo XX, el debate de una ‘Epidemiología moderna’ se comienza a difundir en Latinoamérica. El 17 de marzo de 1961, Abraham Horwitz, Director de la OPS, dicta una conferencia titulada *La Epidemiología en la América Latina* en el Simposio sobre Medicina Mundial en la Universidad de Yale (Horwitz, 1961b). Horwitz describe el precario desarrollo disciplinar en la región y la necesidad de ampliar su concepción y fortalecer los espacios de formación:

¹⁶ Antes *American Journal of Hygiene*. Esta es la revista principal de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. El cambio de nombre de la publicación es una evidencia la migración conceptual de higiene a la salud pública mencionada en el anterior capítulo y cómo la Epidemiología se convierte en un eje nuclear del ejercicio de la salud pública.

En el campo de la salud pública, la Epidemiología se ha considerado a menudo como sinónimo de control de las enfermedades transmisibles. La práctica y la aplicación del conocimiento eclipsan el análisis y la especulación. Se ha hecho hincapié en la Epidemiología como una ciencia puramente descriptiva. Rara vez se utiliza para analizar problemas comunes, sea cual fuere su origen, que afectan a la familia, al grupo o a la colectividad. Y aún con menor frecuencia se le considera como un método indispensable para estudiar el funcionamiento de los servicios de salud. Es más patente que nunca la necesidad de introducir en la enseñanza médica una concepción epidemiológica mejor y más amplia, y de preparar debidamente a los epidemiólogos con una amplia visión de las posibilidades que les ofrece la ciencia. Para finalizar, las organizaciones internacionales de salud tienen un rol trascendental en restituir a la Epidemiología su verdadero significado como la manera de pensar e interpretar la vida (Horwitz, 1961b, p. 802).

Algunos de los elementos de la conclusión presentada por Horwitz en Yale provienen de la discusión que se había dado en la Primera Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de Latinoamérica realizada en noviembre de 1959 en México (Oficina Sanitaria Panamericana, 1960). En la agenda de los siguientes encuentros se definió que el tema central de la cuarta conferencia sería la enseñanza de la Epidemiología. La reunión se realizó en San Juan de Puerto Rico entre el 14 y el 19 de noviembre de 1965. En el discurso de apertura, Horwitz hace referencia a su presentación en Yale y resalta la importancia de la Epidemiología en el contexto de la relación entre salud pública y desarrollo que se venía discutiendo desde la reunión de Punta del Este. Adicionalmente resalta la necesidad de fortalecer la educación en Epidemiología en las escuelas de salud pública de la región y el compromiso que tiene la OPS con este propósito (Organización Panamericana de la Salud, 1966, pp. 1-4).

Las presentaciones principales de la reunión estuvieron a cargo de los doctores Anthony Payne y Roy Acheson, Profesores de Epidemiología de la Universidad de Yale; Mario León, Director de la Escuela de Salud Pública del Perú; Peter Ruderman, asesor económico de la OPS, Rolando Armijo, Profesor de Epidemiología de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile y Anibal Osuna, Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.

Al revisar las presentaciones llama la atención que los profesores norteamericanos traen todo el cuerpo conceptual y metodológico de una Epidemiología del riesgo con énfasis en las enfermedades crónicas, donde el interés principal es la investigación etiológica desde una perspectiva multicausal, y toman

distancia del perfil del epidemiólogo ‘detective de epidemias’ que describí anteriormente. Dice Acheson:

(...) somos epidemiólogos muy poco versados en bacteriología o serología, y casi nada en virus. [...] Durante cerca de medio siglo, los epidemiólogos cuyo empeño era el estudio de la difusión de las enfermedades infecciosas se contentaron con dedicar sus esfuerzos a la ecología de los microorganismos más peligrosos, en detrimento de la ecología del hombre mismo (Organización Panamericana de la Salud, 1966, pp. 111–112).

El profesor de Yale resalta que, aunque las infecciosas sigan siendo una prioridad para muchos países de la región, la tendencia creciente de las enfermedades crónicas en todos los contextos no se puede ignorar. Esto exige que la enseñanza de la Epidemiología incluya los conceptos y métodos modernos de la disciplina:

En la América Latina el desarrollo de dicha enseñanza debe producir, en corto plazo, abundantes resultados relativos a los perturbadores problemas de los accidentes, la violencia física y las enfermedades mentales. Se han dado también las razones por las cuales ningún país puede permitirse, a esta altura del siglo XX, dejar de lado el estudio epidemiológico del cáncer o de las enfermedades cardiovasculares degenerativas con la esperanza de que un país vecino, que tiene problemas análogos, encuentre la solución. (...) Se exhorta a las escuelas de salud pública de América Latina a proseguir con urgencia tal esfuerzo (Organización Panamericana de la Salud, 1966, p. 118).

Por su parte, los expositores latinoamericanos resaltan la persistencia de las enfermedades infecciosas en la región como un problema no resuelto, sin algunos negar la necesidad de abordar también las enfermedades crónicas, pero otorgándole prioridad a las primeras, en donde el rol de la Epidemiología debería estar orientado a la gestión de los programas para el control de las infecciosas. Por eso, en el informe final se concluye que: “en Norteamérica el énfasis de la Epidemiología está en la investigación, mientras que en la América Latina la realidad exige que su contribución sea dirigida hacia la ejecución de programas. Esto coloca a la Epidemiología más cerca de la administración de salud pública en esta parte del mundo” (Organización Panamericana de la Salud, 1966, p. 105).

Esta afirmación está en sintonía con la presentación realizada por del Dr. Peter Ruderman, quien señala el papel fundamental de la Epidemiología en el proceso de la planeación en salud y su relación con el desarrollo económico:

El epidemiólogo [...] proporciona datos probatorios, señala la línea de base, indica a los ejecutantes de las medidas hacia dónde deben dirigir sus esfuerzos y establece índices para

medir resultados. Esta es en esencia una función de planificación y, aunque la epidemiología no contribuye por lo común en forma directa al desarrollo económico, es una parte indispensable de la planificación que debe ser puesta en práctica para lograr el desarrollo. [...]

A medida que de las decisiones *ad hoc* se pasa a la planificación ordenada, los especialistas sanitarios deben estar en condiciones de proporcionar algo más que ejemplos de efecto: deben poder decir en términos cuantitativos precisos qué riesgos afectan la salud de la población, determinar su ubicación con exactitud, medir su prevalencia y explicar qué amenazas implican para las actividades de desarrollo y qué ha de hacerse al respecto. [...] Lo que se aquí se sugiere es que los estudios epidemiológicos formen parte de los estudios generales sobre factibilidad cuando se consideren proyectos de desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 1966, pp. 90–96).

La primera conclusión de la conferencia fue que la Epidemiología era un campo que aún estaba en desarrollo, lo que generaba dificultad a la hora de quererla definir. Sin embargo, para la conferencia la definió como:

“la ciencia que se encarga del estudio de los aspectos ecológicos que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en grupos humanos, a fin de descubrir sus causas y mecanismos y establecer los procedimientos tendientes a promover y mejorar la salud. [...]

La Epidemiología sirve para cuantificar los problemas de salud mediante la aplicación de los principios y métodos científicos al estudio de esos problemas, con el fin de crear las bases para el planeamiento y desarrollo de las medidas de control que permitan establecer las condiciones para obtener la máxima protección y promoción de la salud para la población” (Organización Panamericana de la Salud, 1966, pp. 105–106).

Se resalta que la Epidemiología debe reconocer el estudio de la salud dentro de un contexto ecológico donde interactúan factores sociales, culturales y económicos además de los físicos, biológicos y geográficos. Proponen cinco propósitos principales:

1. Obtención del conocimiento más exacto posible de los problemas de salud de la región, tanto en sus manifestaciones habituales como epidémicas, y jerarquización de los mismos.
2. Vigilancia epidemiológica de la región.
3. Bases científicas para la prevención y control de las enfermedades y para la ejecución de los otros programas de salud.
4. Investigación científica.
5. Contribución a la investigación operacional para la programación, organización, ejecución y evaluación de los programas de salud, con la finalidad de utilizar los recursos existentes con el máximo de eficiencia.

Para el cumplimiento de estas funciones esperadas se requería de un profesional especialista en Epidemiología. El año de formación de la Maestría en Salud Pública, como estaba configurado en la mayoría de las escuelas de Latinoamérica, era insuficiente. Se propone entonces, que una vez culminado el año regular de formación de la maestría, se de una etapa ulterior para la preparación en profundidad de un profesional especializado en Epidemiología (Residencia en Epidemiología). El epidemiólogo que se formara debería ser capaz de trabajar en los propósitos definidos. Se esperaba además que fuese lo suficientemente versátil para enfrentar los diferentes tipos de problemas de salud predominantes en la región, tanto infecciosas como crónicas, ocupacionales, accidentes, etc. Por otra parte, se recalcó que la Epidemiología debería ser parte constituyente del núcleo científico del raciocinio clínico, por tanto su enseñanza también se debería fomentar en la formación de médicos y demás profesionales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 1966, pp. 128–136).

La institucionalización académica de la Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (1969-1979)

Aprender a enseñar Epidemiología

Las recomendaciones hechas en la Conferencia de Puerto Rico tuvieron eco en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Desde que inició en 1964 la Maestría en Salud Pública se introdujo en su currículo un módulo de Epidemiología de escasas ocho horas que incluía, principalmente, una serie de técnicas y destrezas para el manejo de brotes epidémicos, y, al juzgar por algunos de los que fueron estudiantes en ese momento y fueron entrevistados, era muy básica y de baja calidad. El texto guía que se utilizaba era el de Ronaldo Armijo, el primer libro de texto de Epidemiología que se publicó en América Latina. Armijo, profesor de Epidemiología de la Escuela de Salubridad de Chile, estuvo como profesor invitado en varias ocasiones en esos primeros años de la Escuela.

En 1968, Luis Fernando Duque regresa de cursar la Maestría en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, programa con un marcado énfasis en Epidemiología. Él había cursado la maestría en salud pública de la Escuela en 1965, apenas terminó la carrera de medicina, y una vez finalizó viajó a los Estados Unidos a continuar sus estudios. Al regreso el Dr. Guillermo Restrepo Chavarriaga, para entonces director de la Escuela, lo invita a ser profesor de en la cátedra de Epidemiología que él venía dictando. Frente a las recomendaciones hechas por la

Conferencia de Puerto Rico, Duque le propone a Restrepo la creación del programa de Residencia en Epidemiología con la intención de formar especialistas en Epidemiología, a partir de la concepción moderna de la disciplina. Así lo relata Duque en la entrevista que le hizo Juan Gil:

“[...] le propuse al doctor Guillermo Restrepo que hiciéramos una especialidad en Epidemiología. Las especialidades en esa época eran lo más alto que había, eran como el doctorado, porque se equiparaban a las especialidades médicas y en medicina lo más alto que había eran especialistas. [...] ¿Quién enseña?, me preguntó. Y le dije: Por ahora tenemos dos, somos usted y yo, y podemos traer uno más que enseñe. Y me dijo: ¿Usted lo tiene? Y yo: Sí. ¿Dónde estudió?, me preguntó. Y le digo: En Harvard, tiene un doctorado en Epidemiología de Harvard. Y ¿usted se encarga de eso, profe? Sí, yo me encargo de eso, yo le monto el curso. Entonces yo diseñé el curso con él y con este otro colega que es el doctor Rodrigo Guerrero, que hoy es alcalde de Cali. Rodrigo dictó el primer curso de Epidemiología que se dictó en esta Facultad. Y hasta hoy sigue, ininterrumpido” (Gil-Blas, 2013, pp. 86–87).

En 1969, auspiciado por el Ministerio de Salud, comienza el programa de Residencia con cinco estudiantes: cuatro médicos y un odontólogo. El propósito era formar especialistas que se desempeñaran en la enseñanza de la Epidemiología, en investigación y como epidemiólogos de los servicios de salud (Restrepo & Velez, 1973). El primer año de formación correspondía al de la Maestría en Salud Pública y luego se concentraba en cursos específicos de Epidemiología, que inicialmente no estaban claramente definidos y que se iban configurando en acuerdo entre estudiantes y profesores mientras se iba cursando la residencia.

Por otra parte, Helena Espinosa de Restrepo, médica caleña, quien terminó la Maestría en Salud Pública en la ESP en 1965, había regresado al país en 1966, luego de una breve estancia en la Universidad de Nueva Orleans, donde había tomado cursos de bioestadística, Epidemiología de enfermedades crónicas y materno infantil. Al regreso a Colombia se vincula con la Facultad de Medicina, primero con el Departamento de Pediatría Social y luego con el de Medicina Preventiva y Salud Pública en la cátedra de Epidemiología. En 1969 se certifica como Especialista en Salud Pública.

En 1971, con apoyo de la OPS, la ESP organiza un taller de Epidemiología de las enfermedades crónicas orientado por Roy Acheson, el profesor de Yale y Cambridge que había dictado una de las conferencias centrales en la reunión de Puerto Rico de 1966. El taller es de varias semanas de duración y Acheson trae los elementos conceptuales y metodológicos de la Epidemiología moderna tan en boga en los Estados Unidos e Inglaterra. A este taller asisten residentes tanto de Epidemiología como de salud pública y docentes de la Escuela y de la Facultad de Medicina, una de ellas fue la doctora Helena Restrepo, quien por el conocimiento

previo en Epidemiología que tenía desde su formación en Cali, donde fue alumna de Santiago Renjifo y Pelayo Correa, y por los cursos que realizó en Nueva Orleans se destacó durante la actividad académica, razón por la cual, Acheson la propuso como Jefa de la Sección de Epidemiología de la ESP, recomendación que fue acogida por la Dirección de la Escuela.

Desde su ingreso a la ESP, la doctora Helena Restrepo se dedicó a organizar curricularmente el programa de Residencia. Se definieron dos objetivos generales para el programa:

- 1) Preparar un especialista de salud pública en el campo de la Epidemiología capaz de: a) enseñar Epidemiología en diferentes niveles; b) investigar, usando técnicas científicas aceptables, sobre los principales problemas de salud de Colombia; lograr mejores niveles de atención médica y de planeación en salud basado en el conocimiento real de los problemas.
- 2) Proveer un centro nacional e internacional (América Latina) de entrenamiento en Epidemiología (Restrepo & Velez, 1973, p. 417).

Para el cumplimiento de los objetivos se definió que el primer año se mantendría igual, es decir serían los mismos contenidos de la Maestría en Salud Pública, que les permitía adquirir las bases conceptuales y filosóficas de la salud pública y de sus técnicas de trabajo administrativo. En el segundo año se realizarían cursos de matemáticas, estadísticas avanzadas, metodología epidemiológica y un curso específico de Epidemiología de las enfermedades crónicas; adicionalmente, podían tomar cursos cortos de microbiología, parasitología, virología o inmunología en la Facultad de Medicina. Para el tercer año el estudiante debía realizar un protocolo de investigación epidemiológica sobre algún problema de salud relevante para el país y ejecutarlo en campo; por otra parte, debía realizar una práctica educativa en Epidemiología como profesor asistente. Durante el segundo y tercer año los residentes realizaban sesiones especiales como conferencias clínicas epidemiológicas, revisiones bibliográficas y seminarios metodológicos, además de tener la oportunidad de hacer rotaciones por servicios clínicos hospitalarios (Restrepo & Velez, 1973).

Así lo recuerda Germán González, quien ha sido dos veces Decano de la Facultad:

Mi grupo de residentes fue: Osvaldo Cáliz, Alfredo Remolina y yo. El primer grupo fue Álvaro Moncayo, Hernando Molina, Julio González, Arturo Morales, y Rodrigo Barceló. Cuando ellos estaban en el último año fue la primera venida de Acheson, entonces comenzamos a trabajar los dos grupos juntos a estudiar la

Epidemiología, pero en serio, la Epidemiología que tú conoces. Nos encontrábamos a las nueve o diez de la mañana, cada uno tenía un área de interés, pero nos encontrábamos a discutir lo que estaba leyendo cada uno, de ocho o diez horas que estábamos juntos, pasábamos al menos dos o tres horas compartiendo nuestras lecturas y revisiones: "ve, hombre, cómo les parece lo que leí anoche...". Realmente había un grupo compartido de trabajo muy lindo, porque eso era una sed de conocimiento y de lectura. A la Escuela iba mucha gente por la relación cercana que tenía con la OPS y la OMS. Un día, por ejemplo, a las diez de la mañana llegó Omran, un señor muy querido, se presentó y le caímos: "claro, usted es el de la transición epidemiológica", se animó y se quedó todo un día revisando el tema con nosotros. Todo esto te lo cuento para decirte cómo era la relación. Esas dos oficinas se volvieron como un centro académico y de referencia en la Escuela. Incluso, académicamente subversivo porque los de las otras áreas, tanto los de planificación como administración, empezaron a vernos raro y a burlarse de nosotros (Gonzalez, 2015).

Otra persona clave en la consolidación de la Residencia y de la Sección de Epidemiología de la escuela fue Fernando Zambrano, médico internista caucano con pensamiento político de izquierda, formado en la Universidad Javeriana de Bogotá; quien después de haber trabajado un año en el Incora¹⁷ "con la vana ilusión de contribuir a la Reforma Agraria de este país" (Zambrano, 1992, p. 82), estudia la maestría en salud pública en la ESP y es vinculado como profesor en 1969. Al no ser experto en Epidemiología, Zambrano comienza a estudiar en detalle el libro de MacMahon en colaboración con los residentes de Epidemiología; sin embargo, en 1970 tuvo que salir del país hacia los Estados Unidos por circunstancias personales y políticas. Allí aprovechó para formarse como Magíster en Epidemiología en la Universidad de Harvard, donde tuvo la oportunidad de ser alumno de Brian MacMahon. A su regreso a Colombia en 1972, Zambrano participa en el segundo taller dictado por Roy Acheson, esta vez sobre Metodología avanzada en Epidemiología. Con las bases suministradas por Acheson en sus talleres y con el material académico (libros, ejercicios, talleres, artículos, etc.) que trajo Zambrano de Harvard, el grupo de Epidemiología, profesores y estudiantes de los posgrados de la Escuela, reunidos en grupos pequeños de cinco o seis personas acompañados por un tutor, se dedicaron a estudiar y a aprender juntos, con un interés adicional sobre cómo enseñar lo aprendido y cómo aplicarlo en el contexto de la situación de salud de Antioquia y el país en el momento.

Veinte años después escribiría Zambrano:

¹⁷ Instituto Colombiana de Reforma Agraria. Durante la presidencia de Carlos Lleras Restrepo se inició un 'nuevo' proyecto de reforma agraria sustentado en la organización campesina. Sin embargo, como todos los esfuerzos anteriores y ulteriores, fracaso y una de las problemáticas más profundas y postergadas en Colombia es la tenencia de la tierra y la cuestión agraria, uno de los motores del largo conflicto armado de nuestro país (Machado, 1998).

Quizá fue este el momento en que, sin proponérmelo, hice un verdadero aporte al desarrollo de la Epidemiología y consistió en traducir íntegramente el material de los cursos del programa de Harvard; mediante el apoyo de Luciano Vélez, director en ese tiempo de la Escuela de Salud Pública, [...] hice una mediocre pero íntegra traducción, especialmente del curso básico de Epidemiología General. El paso siguiente fue estudiarlo y discutirlo en grupo con los docentes de ese tiempo [...]. Las discusiones fueron famosas, pero fundamentalmente significaron la formación de un grupo de epidemiólogos con conceptos similares y una aceptable comprensión del método. [...] En forma simultánea iniciamos con Helena Espinosa de Restrepo [y los residentes] algunas investigaciones de índole descriptiva, básicamente prevalencias de Hipertensión, Diabetes y Enfermedad Coronaria. Creo que por primera vez se intentaba medir en este país, en términos epidemiológicos, la magnitud de estos problemas (Zambrano, 1992, pp. 82–83).

Un poco antes de la llegada de Fernando Zambrano, el profesor Kahl-Martin Colimon, médico haitiano, formado en la Universidad Nacional de Colombia, había regresado también de cursar la Maestría en Epidemiología en Harvard. Colimon se había vinculado a la Escuela en 1969, al poco tiempo, con el apoyo de Luis Fernando Duque, quien estaba como Subdirector de la ESP, viaja en comisión de estudios a Harvard. Allí pudo coleccionar un importante material académico mediante una subvención suministrada por el Profesor Miettinen. Las relaciones del profesor Colimon con algunos otros profesores de la Sección de Epidemiología de la ESP no eran las mejores, razón por la que no participaba permanentemente en las actividades grupales de estudio; de tal manera que el Dr. Colimon fue trabajando con su propio material que años después se convertiría en el primer libro de texto sobre Epidemiología publicado en el país y editado con sus propios recursos en 1978: *Fundamentos de Epidemiología* (Colimon, 1978). Las siguientes ediciones ya fueron realizadas por importantes casas editoriales académicas del ámbito hispanoamericano y han tenido una amplia difusión y reconocimiento.

La primera cohorte del programa de Residencia en Epidemiología terminó en diciembre de 1972, inmediatamente cuatro de ellos se fueron a trabajar en el Ministerio de Salud, que para entonces la gran mayoría de sus profesionales y cargos jerárquicos eran egresados de la ESP, por lo que le atribuyeron el apodo de “la Fonda Antioqueña” y se constituye por primera vez la Sección de Epidemiología. El otro epidemiólogo egresado, Álvaro Moncayo, se fue al Centro de Control de Enfermedades –CDC– de Estados Unidos a entrenarse en Epidemiología de enfermedades infecciosas. De la segunda cohorte egresaron tres personas en 1974.

Sin embargo, al Ministerio de Salud, quien financiaba la formación de todos los estudiantes de la ESP, le pareció excesiva, tanto en tiempo como en costos, la formación de Especialistas en Epidemiología. La alternativa que proponían era un

énfasis de la Maestría en Salud Pública y ofrecer cursos cortos de tres meses para salubristas ya graduados sobre vigilancia epidemiológica, a partir de una propuesta diseñada por el CDC y promovida por OPS y OMS (Restrepo, 1993). Así lo recuerda la Doctora Helena Restrepo:

Yo tuve una frustración muy grande porque después de haber impulsado ese posgrado, pues con las deficiencias que tenía, pues yo no era doctora en Epidemiología y no había ningún doctor en Colombia todavía. Todo lo habíamos hecho juntos, con ellos, con los residentes y con el grupo de profesores. Luego se nos unió Fernando Zambrano [...]. Yo organicé todas las actividades de capacitación, con clubes de revistas, incluso eran en mi casa, y Fernando participaba en todo. Entonces a raíz de que íbamos a continuar con el proyecto de la residencia en Epidemiología, el Ministerio comenzó a oponerse. [...] Teníamos conciencia de que era difícil, ¿de dónde íbamos a sacar candidatos para hacer una residencia en Epidemiología de tres años? El país estaba muy atrasado con respecto a otras escuelas de salud pública como las de Estados Unidos o Inglaterra, por ejemplo. A mí me tocó inventar nuevos cursos; por ejemplo, matemáticas, porque había que reforzar los fundamentos de matemáticas de los residentes, para que tuvieran la base para ver luego estadística. En eso nos apoyaron profesores de la Universidad Nacional de Medellín, hicimos también unas alianzas con departamentos clínicos de medicina para que rotaran ahí los residentes de Epidemiología, algo así como un enfoque de Epidemiología clínica. [...] Nuestro plan era seguir con la Residencia, pero en el Ministerio estaba de viceministro el Dr. Guillermo Restrepo Chavarriaga, el anterior Director de la Escuela de Salud Pública, y la división de Recursos Humanos, que era muy fuerte en el Ministerio, la dirigía Héctor Zuluaga, egresado también de la Escuela; él se oponía a la Residencia. El argumento era que no se podía seguir formando epidemiólogos de tres años. Cuando llegó la nota de que el Ministerio no seguía apoyando la formación de epidemiólogos en tres años, me fui a Bogotá, Cali y Manizales, para hablar con las personas responsables de las secretarías de salud y de las facultades de medicina. En Bogotá fui a la Javeriana y a la Nacional. Les hice una pequeña encuesta preguntando cómo sentían la necesidad de tener epidemiólogos con mayor nivel de formación. Todos coincidieron en que era una necesidad muy grande, que la investigación en salud no podría avanzar en Colombia sin un buen componente de investigación epidemiológica. Yo regresé con los resultados de esa encuesta. Pero no sé qué pasó, no te sé decir qué, pero la Escuela le dio la razón al Ministerio. Entonces yo me retiré. Por lo que optó la Escuela fue en la Maestría en Salud Pública con énfasis en Epidemiología para los que quisieran (Restrepo, 2015a).

Los años rojos en la Universidad de Antioquia

Los últimos años de la década del sesenta y los años setenta fueron de una gran agitación política en el ámbito universitario del país y del mundo. La Revolución Cubana, el mayo del 68, los movimientos guerrilleros que surgieron en Colombia y en Latinoamérica, la visita de Nelson Rockefeller al país en 1969, el triunfo electoral de Salvador Allende en Chile en 1970 fueron el fermento de un importante movimiento estudiantil en la universidad pública colombiana, especialmente en la Universidad Nacional, en sus sedes de Bogotá, Palmira y Medellín; en la Universidad del Valle en Cali y en la Universidad de Antioquia en Medellín. “Los polémicos años rojos” los denominó la historiadora María Teresa Uribe (Uribe de Hincapié, 1998, pp. 572–582).

Así recuerda esos años el Doctor Saúl Franco, médico social, quien estudió medicina en la Universidad de Antioquia entre 1968 y 1975:

El 68 fue un año histórico en la vida de las universidades en el mundo, a raíz del movimiento que comenzó en Francia pero que sacudió a toda Europa y que inclusive repercutió en nuestros países, inclusive en los Estados Unidos. Se veía en ese movimiento una potencialidad muy grande –esa palabra no se usaba entonces– de transformación social. Aquí llegó el coletazo de ese movimiento, ese final de la década de los 60 fue de una intensa actividad política e ideológica en las universidades del mundo. En la Universidad de Antioquia lo vivimos con mucha intensidad y yo creo que con cierta profundidad. Yo creo que abonando los dogmatismos y sectarismos que no faltan, creo que fue un movimiento estudiantil supremamente rico. Los estudiantes, sin perder la condición específica de la carrera que cursábamos, de la Universidad, del país en que estábamos, tratamos de ubicarnos en el mundo, de tener una posición clara frente al mundo, en presente y en futuro (S. Franco, 2015).

Según María Teresa Uribe, en los años setenta, el foco de los movimientos estudiantiles pasa de la demanda de inclusión y participación en el gobierno universitario a las luchas por un cambio radical de las estructuras sociales y políticas del país (Uribe de Hincapié, 1998, p. 572).

Los primeros años de la década del setenta estuvieron marcadas por la oposición estudiantil, y de cierto sector del profesorado, al Plan Básico de la Educación Superior. Plan diseñado por la Asociación Colombiana de Universidades –ASCUN– en 1967 con el patrocinio de la Agencia Interamericana de Desarrollo y con el apoyo académico de la Universidad de California. Su propósito era: “Adecuar las estrategias educativas a las demandas del modelo económico de desarrollo,

masificar el ingreso de estudiantes, fortalecer la enseñanza científica y tecnológica y diversificar las ofertas educativas” (Uribe de Hincapié, 1998, p. 576). Pero la oposición no era al propósito, era a su origen, el Plan se asumía por el movimiento estudiantil como una estrategia de los Estados Unidos para imponer un modelo educativo afín a sus intereses imperialistas en sintonía con los intereses de las oligarquías colombianas. Era a su vez, un pretexto para manifestar desde la Universidad su oposición a los gobiernos de Carlos Lleras Restrepo y de Misael Pastrana Borrero¹⁸.

La contrapropuesta del movimiento estudiantil era el Programa mínimo de los Estudiantes Colombianos, donde se planteaban elementos principalmente de autonomía universitaria, de la participación estudiantil en el gobierno universitario y una posición de “desarrollo científico y académico independiente frente a las interferencias norteamericanas y oligárquicas y referido a la solución de los problemas nacionales” (Uribe de Hincapié, 1998, p. 577).

María Teresa Uribe cuenta que ante cada manifestación estudiantil el gobierno respondía con acciones de fuerza contra el estudiantado y las universidades: militarización de los claustros, cierres, expulsiones de alumnos y profesores. Lo cual, en vez de calmar los ánimos estimulaba al movimiento estudiantil y se añadían más demandas, de tal manera que se intensificaba la espiral del conflicto (Uribe de Hincapié, 1998, p. 577).

En abril de 1971, en plena agudización del conflicto, se expidieron decretos de orden público y la Universidad es cerrada, al igual que la Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia en Tunja y las sedes de Bogotá, Palmira, Bogotá y Medellín de la Universidad Nacional. En los decretos se daba vía libre a los rectores para que pudieran despedir a profesores y expulsar estudiantes (Uribe de Hincapié, 1998, pp. 571–572). Por primera vez los estudiantes de la Escuela de Salud Pública se unen al movimiento estudiantil, pero su entusiasmo huelguista es pronto reprimido por Luis Fernando Duque, quien estaba como Director, con el argumento de que ellos no sólo eran estudiantes, sino que eran empleados de los servicios de salud del país y del Ministerio, quienes les pagaban por estudiar. Si ellos no continuaban con las labores académicas y se mantenían en cese de actividades reportaría el abandono de cargo a cada uno de sus Servicios y al Ministerio (Olaya-Peláez, 2014).

Duque, de filiación conservadora igual a la del Presidente de la República del momento, en 1972 se convierte en el Rector más joven que ha tenido la Universidad de Antioquia. “Luis Fernando Duque desde que estaba como estudiante de medicina siempre fue de una derecha muy marcada, muy inteligente, muy bien

¹⁸ Los dos últimos presidentes del Frente Nacional. Lleras, del Partido Liberal, fue presidente entre 1966 y 1970, y Pastrana, del Partido Conservador, lo fue entre 1970 y 1974.

formado. Era el único que llegaba en carro y que hablaba inglés en una época en que por convicciones políticas la mayoría nos negábamos a aprender inglés” (Epi-UdeA3, 2015), cuenta un epidemiólogo que fue su compañero de estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Su gestión en la rectoría estuvo marcada por la profundización del conflicto entre estudiantes y profesores contra las directivas universitarias.

El 8 de junio de 1973, en la conmemoración del Día del Estudiante Caído¹⁹, un agente secreto del DA²⁰ mata al estudiante de economía Luis Fernando Barrientos, de 23 años, en una situación confusa cuando los estudiantes pretendían incendiar un camión las Empresas Varias de Medellín en las inmediaciones de la Universidad. Los estudiantes de la Universidad toman el cadáver de Barrientos y con él en brazos recorren la Ciudad Universitaria hasta llegar a la Rectoría donde lo descargan sobre el escritorio del Rector en medio de reclamos y consignas. “El cuerpo del estudiante Barrientos fue cubierto inicialmente con una cortina y luego fue envuelto en una bandera verde y blanca de la Universidad. Una joven universitaria entró conmovida al recinto y colocó en el pecho de Fernando Barrientos una pálida rosa. Afuera, se oían gritos”, dice una nota de prensa de un periódico local (Redacción de El Colombiano, 1973). Dos horas después, sin ser clara la causa, se produce un incendio en el bloque Administrativo de la Universidad que lo consume en buena parte. El cuerpo de Barrientos es trasladado por sus compañeros a la Facultad de Medicina y luego de manera discreta es retirado por sus familiares (Redacción de El Colombiano, 1973; Uribe de Hincapié, 1998, pp. 580–583).

La muerte de Barrientos radicaliza el ambiente de conflicto y desconfianza entre los distintos estamentos de la Universidad. El cuerpo profesoral se divide, unos a favor de los estudiantes y sus demandas y otros a favor del Rector, una división de izquierda y derecha respectivamente, como lo narra María Teresa Uribe y varios de mis entrevistados. El deterioro de las relaciones produce la renuncia de varios profesores de las facultades de Medicina, Educación e Ingeniería.

La rectoría promulga el Estatuto Docente mediante el Acuerdo 8 de 1973 que suscita de inmediato el rechazo de la Asociación de Profesores y de los estudiantes que exigen su derogatoria mediante marchas y ceses de actividades en el primer semestre de 1974. En septiembre de ese año, tras el despido masivo de varios profesores, Hernando Durán Dusán, el Ministro de Educación del nuevo gobierno liberal de Alfonso López Michelsen, interviene en el conflicto; se levantan las

¹⁹ El 8 y 9 de junio se conmemora en Colombia el Día del Estudiante Caído. Se definió esta fecha en recordación de la masacre perpetuada por el ejército en el campus de la Universidad Nacional en 1954 durante la dictadura de Gustavo Rojas Pinilla.

²⁰ Departamento Administrativo de Seguridad

sanciones, se derogan el Acuerdo y Duque se retira de la Rectoría de la Universidad (Uribe de Hincapié, 1998, pp. 594–597).

María Teresa Uribe lee el resultado de esos años de intenso conflicto en la Universidad de Antioquia de la siguiente manera:

Sin comunidad política [...] el resultado previsible fue la fragmentación de los movimientos políticos, la ruptura del tejido académico, el deterioro de las sociabilidades y las relaciones entre los distintos actores sociales que compartían el espacio de la Universidad, y la declinación de lo público, es decir, la ausencia de una presencia colectiva en los actos políticos de la institución (Uribe de Hincapié, 1998, p. 582).

El poder del “Emirato” en la Escuela Nacional de Salud Pública

Esta polarización entre *derecha e izquierda* en la Universidad se da también en la Escuela de Salud Pública, posiblemente al inicio con menor intensidad que en Ciudad Universitaria. Desde la dirección de Guillermo Restrepo Chavarriaga, la Dirección de la Escuela se enfocó en la formación extensiva de personal técnico y profesional para los servicios de salud del país, como lo demandaba el Ministerio de Salud y siguiendo las directrices de la Organización Panamericana de Salud en colaboración con diferentes organizaciones internacionales y Escuelas de Salud Pública de las Américas. En 1970, la Escuela deja de ser parte de la facultad de Medicina y pasa a depender de la Universidad y asume funciones de facultad, un año después se acuerda con el Ministerio de Salud el cambio de nominación, a partir de entonces se llamaría Escuela Nacional de Salud Pública y debería llevar en toda su papelería tanto el membrete de la Universidad de Antioquia como el del Ministerio de Salud. En 1973 se renueva el contrato entre las dos instituciones por 20 años más (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, pp. 25–28). Para 1974, tras 10 años de funcionamiento, la escuela tenía 68 docentes de planta de 22 profesiones distintas. Se habían formado para entonces 2.428 personas, de las cuáles, 126, el 5% eran extranjeros de diferentes países. Así mismo, los nacionales eran de todas las regiones del país, el 77% eran de otros departamentos diferentes a Antioquia. La mitad formados en niveles sub-profesionales y la otra mitad, en posgrado. Había realizado 49 investigaciones científicas y tenía en ejecución 29 más; adicionalmente, había realizado 87 asesorías a diferentes organizaciones nacionales y ministerios de salud de América Latina (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 30).

En agosto de 1974, durante la Dirección de Luciano Vélez, como parte de las actividades para celebrar los diez años de la Escuela, se creó la Revista Escuela Nacional de Salud Pública con el propósito de divulgar artículos científicos, resultados de investigación y reflexiones teóricas, principalmente de los profesores y estudiantes de la Escuela (L. Vélez, 1974).

Además de los avances logrados en la primera década, la Escuela no era impermeable a la dinámica de los movimientos políticos y sociales de la Universidad, en particular y de las universidades públicas y del país, en general; así lo refleja el discurso pronunciado por el doctor Jorge Cardona Osorio en la ceremonia de grado de los programas académicos de 1974:

¿Qué se espera de nosotros?

El Estado, como elemento fundamental de una superestructura dominada por la clase burguesa, espera que seamos los implementadores de los programas de salud mantenedores de un nivel medio de salud que permitan continuar la explotación del pueblo.

La universidad, como reproductora de la ideología de la clase dominante, espera que no nos salgamos de los carriles para ella normales por los cuales trató de encauzarnos y que fueron superados por el esfuerzo individual de cada uno que por su deseo de cuestionar el sistema que la alimenta, más aún en la época universitaria que nos tocó vivir, enmarcada dentro de una abierta y cínica persecución de todo lo que pueda poner en duda la voluntad de unas directivas empeñadas en defender sus intereses de clase.

Pero hay alguien que también espera desde hace mucho tiempo: nuestro pueblo, pertinazmente engañado, continúa esperando la vía de escape que signifique la liberación definitiva de una situación que día a día se hace más insostenible (Cardona-Osorio, 1975, p. 9).

La Dirección de la ESP después del retiro de Héctor Abad Gómez hasta 1975 estuvo liderada por conservadores, que adicionalmente fueron los principales promotores de la formación en Epidemiología en la Escuela: Guillermo Restrepo, Luis Fernando Duque y Luciano Vélez. En noviembre de 1974 se posesiona como Rector a Luis Eduardo Mesa Velásquez, quien inicia un proceso de consulta en toda la Universidad para la renovación de las directivas. Como resultado de ese proceso en la Escuela, en enero de 1975 fue designado Emiro Trujillo Uribe como Director de la ESP, quien era profesor de Planificación formado en la Universidad de Chile, donde también había sido Consultor de la OPS. Emiro Trujillo fue uno de los profesores destituidos por Duque en los conflictos de 1974, era reconocido en el estamento docente como un gran intelectual y líder de la corriente de la *izquierda*

de la ESP, por eso, coloquialmente, algunos de sus contemporáneos entrevistados recuerdan la época de su dirección como “el emirato”. Durante su gestión, Emiro Trujillo introduce una nueva concepción del quehacer de la Escuela con respecto a la línea que traían los anteriores directores, pone en el centro de la formación y la actividad académica la planificación en salud y la reflexión política de la salud pública; así lo expresa en la Editorial del tercer número de la Revista de la Escuela publicada en Julio de 1975:

Parecería fácil, y por demás ajeno a conflictos, señalar como funciones para una Escuela de Salud Pública, la formación de recursos humanos, la investigación y la asesoría, sin entrar a indagar qué formación, qué investigación y qué asesoría es de las que se habla. Señalamiento tan general nada indica en la realidad y bien puede llevar al ente educativo solo a reproducir esquemas para la producción de recursos capacitados técnicamente, de fácil absorción por las instituciones gubernamentales, pero sin ninguna capacidad crítica que les permita indagar siquiera sobre el significado de su trabajo.

Lo anterior en buena parte ha sido figura constante a las Escuelas de Salud Pública de América Latina, razón probable del estancamiento y de la crisis en que algunas de ellas se encuentran hoy día. Crisis de la que no hay posible escapatoria, a menos que en cada una de ellas se generen grupos profesoriales y estudiantiles, que con nuevas ideas rompan en marco tradicional.

De otra manera, podemos pensar en una Escuela dedicada con gran esfuerzo a la lucha por la transformación social, desde la cual se gestan innovaciones que puedan afectar substancialmente la realidad presente, una Escuela para los desposeídos de hoy y del mañana. Esto es propósito honesto de muchas gentes honestas, pero harto difícil de alcanzar en circunstancias como las que caracterizan a las Escuelas en América Latina (Trujillo, 1975, p. 7).

La discusión política para entonces era muy intensa y permeaba la cotidianidad de la vida académica de la Escuela como me lo contó una Profesora de Epidemiología de la época:

Cuando comencé como profesora de la Sección de Epidemiología, después de haber terminado la maestría en 1976, Emiro Trujillo estaba en la Dirección y Jaime Peláez en la Subdirección. Emiro era una lumbrera, un tipo brillante y de una claridad y capacidad de persuasión tremenda... y claro, eso hizo que su época fuera el “Emirato”, Emiro se creía el rey, y de alguna manera lo era. Por el otro lado, por la derecha, estaban principalmente Luis Fernando Duque y Juan Fernando Mesa, un sociólogo que no le daba para nada la talla a Emiro. Entonces cuando yo llegué a trabajar, Jaime Peláez, que era mi amigo, me dijo: “bueno, ¿usted de qué grupo es?”.

Yo le dije “yo no soy nada de nada, ni de derecha ni de izquierda, yo vine a trabajar”. Pero claro, por mi amistad con Emiro y con Jaime, pues yo me uní al grupo de ellos, a la izquierda. Eso era de miedo, las peleas eran muy duras, muy agresivas; pero ahí estaba, en la izquierda, a pesar de que a mí nunca me ha gustado la política (Epi-UdeA4, 2016).

Antes de las reuniones del Consejo de Facultad, Emiro Trujillo se reunía la noche anterior con un grupo de más o menos doce profesores en un lugar en las afueras de la Escuela para discutir asuntos académicos y administrativos de la Escuela y de la vida política del país:

En esa época se fortaleció mucho un movimiento profesoral salubrista... llamémoslo de izquierda o progresista. Había liberales, había otros, como Alberto Vasco o Jorge Cardona, muy de izquierda. Se creó un movimiento profesoral muy importante en la Escuela. Yo hacía parte de ese grupo, no por la importancia del poder sino porque tenía afinidad política y afectiva con ellos. Y creamos un sanedrín, las decisiones importantes, antes de que se llevaran al Consejo de Facultad, un grupo de profesores, liderados por Emiro, nos sentábamos en otra parte, las discutíamos y cuando llegaban al Consejo ya iban precocinadas (Olaya-Peláez, 2014).

Nos reuníamos en la noche el grupo de Emiro; las otras personas no sabían, una vez se enteraron y reclamaron que por qué no las hacíamos abiertas... eso era una cosa de miedo (Epi-UdeA4, 2016).

A escondidas se reunían esos, ‘los rojos del poblado’ a decidir qué hacer con la Escuela. Tomaban decisiones antes de las reuniones del Consejo de Facultad y nosotros, como éramos minoría y nos tenían arrinconados, no podíamos hacer nada. Además, Emiro tenía una gran capacidad de convencimiento, hasta a mí, a veces me convencía (Epi-UdeA2, 2015).

Así como sucedía en la Escuela, Emiro Trujillo lideraba un bloque de decanos en el Consejo Académico de la Universidad conformado por Salud Pública, Medicina, Ingeniería, Economía y Química Farmacéutica que tenían un peso importante a la hora de tomar decisiones para toda la Universidad (Olaya-Peláez, 2014). Adicionalmente, mantenía muy buenas relaciones con la Organización Panamericana de Salud, con las demás escuelas de Salud Pública de las Américas y con los organismos internacionales. Sin embargo, las relaciones con el Ministerio de salud se fueron debilitando progresivamente. Emiro Trujillo abogaba por la autonomía universitaria aun cuando eso significara tomar distancia de decisiones o directrices gubernamentales del Ministerio que era el principal financiador de la Escuela:

En ese año [1976] el Ministerio vio que estaba politizando mucho la ESP. En ese momento el Ministerio era manejado por los conservadores y tomaron la decisión de tomar el control de la Escuela. Yo estaba por entonces en el Consejo de Facultad como representante profesoral y el Ministerio nos dijo: "o ustedes se acomodan a lo que nosotros queremos y sólo a lo que nosotros queremos o no los financiamos más", entonces el Rector Bernardo Trujillo les respondió: "la Universidad es la Universidad, la Universidad tiene derecho a tener enfoques distintos, yo no puedo aceptar que la Universidad haga solamente lo que el Ministerio quiera en el tema de formación. Desde entonces comenzó a reducirse la financiación de la Escuela por parte del Ministerio hasta que a comienzos de los ochenta se acabó y la Universidad la asumió plenamente (Epi-UdeA3, 2015).

Fue ese el año en que el Expresidente Carlos Lleras Restrepo afirmó públicamente que la Facultad de Medicina y la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia "se encuentran bajo la orientación marxista" (Universidad de Antioquia, 2015). Es posible que afirmaciones como esta, por parte de un líder político nacional, contribuyeran al ambiente de violencia que generó la muerte de varios miembros de estas Facultades una década después, asunto que más adelante relataré.

Durante la gestión de Emiro Trujillo se transforman los programas académicos de la Escuela. El currículo de la Maestría en Salud Pública se actualizó y se definieron tres énfasis: Epidemiología, salud ambiental o planificación. Los estudiantes tenían un ciclo común de salud pública de un año y luego se concentraban específicamente en su énfasis que tenía una duración aproximada de seis meses, podría prolongarse más en Epidemiología, porque se exigía la ejecución de un proyecto de investigación, tal como se había hecho en la Residencia (Epi-UdeA3, 2015). El programa del énfasis de Epidemiología se concentraba en la formación en estadística y en métodos epidemiológicos. La Escuela ofrecía adicionalmente cursos cortos en Vigilancia epidemiológica, Epidemiología de enfermedades crónicas, Epidemiología de infecciosas y otros; estos cursos eran dictados generalmente por invitados internacionales o por egresados de la Especialización (Epi-UdeA3, 2015; Epi-UdeA4, 2016).

Es importante resaltar que, en enero de 1975, mediante el Decreto Ley 056 se crea el Sistema Nacional de Salud, en el que tanto profesores de la ENSP como egresados, que ahora hacían parte del Ministerio de Salud tuvieron una importante participación en su diseño:

los salubristas exploraron con claridad tres opciones para la organización de los servicios de salud: la primera, consistía en separar los seguros económicos de la seguridad social e integrar toda la atención médica a cargo de un Servicio Nacional –léase único– de Salud; la segunda, separaba las acciones colectivas de las de atención individual, para dejar las primeras a cargo del Ministerio de Salud Pública y las segundas a cargo de un Servicio Nacional de Salud, con la alternativa de los seguros médicos voluntarios; la tercera, optaba por la integración de todos los servicios por la vía de la seguridad social, también con la alternativa de los seguros voluntarios. En los debates no sólo se encontraban los salubristas. Como en otras ocasiones, participaron los médicos, algunas organizaciones sindicales como la Unión de Trabajadores de Colombia (UTC), y sectores parlamentarios ligados a las Beneficencias. La propuesta del equipo de salubristas ubicados en el MSP avanzaba hacia una opción de corte universalista que se aproximaba al modelo chileno desarrollado por el gobierno socialista de Salvador Allende. Y ésta fue su espada de Damocles. En los primeros debates en el Congreso, el proyecto fue considerado demasiado ‘estatista’, como solía denominarse a las opciones de corte socialista. En la legislatura de 1972, el gobierno decidió buscar la aprobación de facultades extraordinarias y presentar un modelo más funcional, apoyado en la teoría general de sistemas, de tal manera que la nueva estructura respetaría por completo las autonomías institucionales existentes. Cuando se llevó a cabo el golpe militar en Chile, se alejó aún más la opción de un servicio único y se afianzo la idea de la integración funcional del nuevo sistema” (Hernández & Obregón, 2002, p. 183).

En 1975, con la llegada del doctor Gustavo Molina, médico salubrista chileno quien había acompañado a Allende y había sido preso por la dictadura de Pinochet hasta su exilio en Colombia, se diseñó el programa comunitario de salud Integración Operacional de Abajo Arriba –IOPAA– y se implementó en el barrio Florencia de Medellín y en el municipio de Carmen de Viboral, en el oriente antioqueño, con el apoyo institucional de la Escuela, el Servicio Seccional de Salud de Antioquia (SSSA) y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). Detrás del diseño de la estrategia, además del profesor Molina, estuvo Héctor Abad Gómez, para entonces Director del ICSS y el Dr. Antonio Yepes Parra, egresado de la primera cohorte de la Maestría en Salud Pública de la Escuela. Muchos profesores y estudiantes de la Escuela y de la Facultad de Medicina dieron apoyo y trabajaron en campo en el Programa, que tenía por intención una organización de los servicios de salud con una activa participación directa de las comunidades en la toma de decisiones y con aplicación de estrategias locales que permitían un acceso universal a la salud (S. Franco, 2015; Gil-Blas, 2013, pp. 148–150).

Según lo narra Gil-Blas, a un acto de graduación de líderes rurales en el contexto del Programa IOPAA en Carmen del Viboral asistió el Ministro de Salud, Haroldo Calvo y luego de ofrecer un discurso grandilocuente, uno de los graduandos, un campesino, le hizo una réplica y le dijo: “que no fuera a decir mentiras ni a echar

bobadas, ni hacerles falsas promesas, que el problema de salud de los campesinos estaba a espaldas de la realidad puesto que las políticas nunca los consideraban” (Gil-Blas, 2013, p. 150). Dos semanas después, llegó una orden de deportación, por parte del DAS, al profesor Gustavo Molina con el argumento de que estaba promoviendo una política subversiva en Colombia. Emiro Trujillo citó a su grupo con urgencia a una de sus reuniones extra-oficiales para discutir la situación. A la reunión asistió el profesor Virgilio Vargas Pino, quien había sido congresista por el Partido Liberal y ponente de la Ley Hospitalaria de 1969. Él se comunicó directamente con su copartidario, el presidente Alfonso López Michelsen, y se logró revertir la deportación del Dr. Molina (Epi-UdeA3, 2015; Gil-Blas, 2013, p. 150; Olaya-Peláez, 2014). Sin embargo, la intervención no fue suficiente para evitar acabar con el Programa. En 1976, apenas sale Héctor Abad Gómez de la Dirección del ICSS, la institución le retira el apoyo y el programa se termina. “Ya lo había advertido Molina, haciendo referencia a la experiencia de Chile que le sirvió de modelo para el IOPPA: el marco cultural y administrativo en que operaba este sistema en su país era la más amplia libertad y democracia política camino al socialismo bajo el gobierno de Allende, y que, en otros contextos, sería sin duda más compleja la aplicación de un modelo similar, como en efecto sucedió, en el contexto colombiano”, dice Gil Blas (Gil-Blas, 2013, p. 152).

Un mes después de la muerte de Gustavo Molina, en septiembre de 1978, se da la Declaración de Alma Ata en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria en Salud, organizada por OMS y Unicef, y realizada en esa ciudad de la Unión Soviética. En esta declaración se ratificó la definición de salud de la Asamblea Mundial de Salud de 1948, entendida como el completo bienestar físico, psicológico y social, y no solo la ausencia de enfermedad; adicionalmente, se asume la salud como un derecho humano fundamental y se ratifica la relación que tiene con el desarrollo socioeconómico (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En esta reunión se plantea el compromiso de “Salud Para Todos en el año 2000 (SPT-2000)”, meta propuesta por Halfdan Mahler en 1975, como un propósito de los países del mundo para alcanzar un acceso universal de salud con base en la aplicación, principalmente de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Ésta se define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante cada una y todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (Organización Mundial de la Salud, 1978, pp. 3–4). En el caso de Colombia se esperaba que la APS se integrara en el SNS como núcleo principal y función central, que fuera el primer nivel de contacto de los individuos, de la familia y la comunidad con el Sistema, con estrategias que

lo acercaran al lugar de residencia y de trabajo (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 48).

Paradójicamente, el mismo día que comenzó la Conferencia en Alma-Ata, el 6 de septiembre, donde estuvo el Subdirector de la Escuela, Luis Carlos Ochoa, y que propendía por la salud y el bienestar de los pueblos del mundo, en Colombia, el gobierno de Turbay Ayala promulgaba el Estatuto de Seguridad, estrategia represiva que implicó la persecución de muchos intelectuales colombianos²¹, entre ellos dos profesores de la Escuela que estuvieron detenidos por seis meses (S. Franco, 2015; Gil-Blas, 2013, p. 161).

La Epidemiología, de la academia a los Servicios de Salud

Si bien el ambiente político de la Escuela en la administración de Emiro Trujillo, entre 1975 y 1980, fue muy intenso, con gran polarización del estamento profesoral, por una parte, pero con experiencias académicas y comunitarias importantes, por otra; el interés principal del Grupo de Epidemiología, aunque participara del debate y sus profesores se suscribieran a los diferentes grupos en disputa, estaba centrado en el estudio riguroso y en la enseñanza de la Epidemiología. Poco participaron en las estrategias comunitarias ni en la administración de la Escuela. Así lo recuerda un profesor de la época:

Emiro Trujillo era un político muy avezado, muy bien formado, al igual que Alberto Vasco; ambos habían estudiado en Chile. Emiro tenía buenas relaciones con el Ministerio y muy buenas a nivel internacional. Hizo un esfuerzo muy grande para que la planificación en salud se desarrollara en la Escuela, en el país y en América Latina; sin embargo, su problema era que él y el Grupo de Planificación no largaban el poder. Mientras tanto, nosotros en el Grupo de Epidemiología durante todo ese tiempo estuvimos trabajando en el desarrollo de la Epidemiología como un grupo unido y realmente en ese momento no nos interesaba el poder, no nos interesaba controlar la Escuela; estábamos todos embelesados estudiando, aprendiendo y enseñando Epidemiología y aplicándola en investigaciones en la ciudad y el departamento y contribuyendo en su aplicación en los servicios de salud a través de nuestros egresados (Epi-UdeA3, 2015).

²¹ Tal vez los casos más sonados fueron el del poeta Luis Vidales y el de Gabriel García Márquez que, en 1981, un año antes de ganar el Nobel, tuvo que exiliarse en México por la inminencia de su captura por parte de los organismos de seguridad del Estado colombiano.

Una de las investigaciones de esa época que más se recuerda fue sobre un brote por intoxicación alimentaria por *Bacillus cereus* en el Servicio de Neonatología del Hospital General de Medellín en 1977 (G. González, González, Puerta, & Torres, 1977). El 25 de abril de ese año el Director del Hospital le solicitó a la Escuela asesoría para controlar un brote que había iniciado el día 7 de abril caracterizado por alta mortalidad en los neonatos, vómitos, diarrea y fiebre ocasional. El servicio llevaba casi tres semanas sin poder definir la causa del brote y sin poder controlarlo. La Escuela envió un equipo interdisciplinario conformado por un Médico Epidemiólogo, una Nutricionista Salubrista y un Químico Farmacéutico experto en Higiene de Alimentos.

Los profesionales hicieron la investigación de campo del brote, tomaron muestras biológicas que fueron analizadas por el Laboratorio de Salud Pública de la Escuela, el del Municipio de Medellín y del CDC de los Estados Unidos, y organizaron un análisis de casos y controles que permitió determinar que un lote de latas de leche maternizada estaba contaminado por *Bacillus cereus* y que el consumo de esta leche produjo el brote:

El lote de leche Nestógeno OLNAB 2do. Semestre ingresó a la clínica en noviembre y en diciembre [de 1977], cuando se inició su consumo se incrementó la tasa de crisis de vómito y diarrea hasta que en abril produce el 40% de la mortalidad; es probable que el lote a medida que se envejece se incrementa en carga bacteriana y que ante probables fallas en la esterilización y manipulación de teteros los gérmenes existentes en la leche en polvo se hayan multiplicado en una forma sorprendente dando la posibilidad de producción de toxina e ingestión por los pacientes (G. González et al., 1977, p. 35).

Más allá del trabajo de campo habitual de un estudio de brote, lo más interesante fue el debate que suscitó, pues la leche maternizada era producida por la empresa transnacional de alimentos Nestlé, quienes nunca dieron ninguna declaración sobre el caso; por el contrario, fue el Ministerio de Salud quien salió en defensa de la transnacional. Para un momento en que el Grupo de Epidemiología no era el más visible de la Escuela, lo era el Grupo de Planeación; este estudio le dio una visibilidad importante al grupo y le permitió mostrar, al interior mismo de la Escuela, que “el saber epidemiológico era importante y útil para resolver problemas reales y urgentes de salud con la aplicación rigurosa del método científico” (Olaya-Peláez, 2014).

El otro fenómeno que ayudo a posicionar la Epidemiología como disciplina científica fue su trayectoria dentro del SSSA. Como se mencionó el capítulo

anterior, en 1942, se crea la Sección de Epidemiología con la contratación del Médico Juan Antonio Montoya, cuya función eran las acciones para el control de las endo-epidemias del Departamento en colaboración con el Laboratorio Departamental de Higiene. Con el transcurrir de los años, las funciones de la Sección de Epidemiología se ampliaron a la gestión programática para el control de enfermedades transmisibles, en especial enfermedades inmunoprevenibles, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (“venéreas”, eran llamadas para entonces) y la atención de brotes epidémicos (Maya, 1990, pp. 380–384). Específicamente, en inmunoprevenibles, el Departamento de Antioquia fue el primero en el país en reemplazar las estrategias de vacunación por campañas y concentración por un esquema programático de amplia cobertura con visitas casa a casa tanto en las áreas urbanas como rurales del departamento (H. B. Agudelo, 2015; Maya, 1990, pp. 380–384).

Esto se mantuvo hasta 1974, cuando el médico Germán González Echeverri, recién egresado de la Residencia en Epidemiología, ingresa como Jefe de la Sección en Epidemiología del SSSA. A finales de ese año organiza, junto con la ENSP, el Primer Curso de Vigilancia Epidemiológica del Departamento, al que debían asistir todo el personal del SSSA y médicos rurales del Departamento. Al entrenar la gente logró comprometerla también, de tal manera que al diseñar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Antioquia su implementación funcionó bastante bien de manera integrada y coordinada entre las diferentes regiones del departamento (H. B. Agudelo, 2015; Gonzalez, 2015).

Él generó una transformación muy importante en la Epidemiología del departamento. No a todo el mundo le gustó porque estaba promoviendo una transformación del ejercicio institucional de la Epidemiología, pero al final hasta los contradictores terminaron apoyando el proceso. Ahí se organizó mejor la respuesta oportuna y la investigación de brotes, también el monitoreo poblacional a partir de indicadores de salud y epidemiológicos de algunas enfermedades seleccionadas; por ejemplo, a todas las inmunoprevenibles se les comenzó a hacer seguimiento. Luego, Oswaldo Cáliz recoge la experiencia de Antioquia y la organiza en el Ministerio (H. B. Agudelo, 2015).

Efectivamente, el 18 de octubre de 1977, el Ministerio de Salud expide la resolución 8946 que dice:

El propósito del programa de Vigilancia Epidemiológica es recomendar y orientar, sobre bases científicas y factibles, con suficiente antelación, las medidas y

las innovaciones políticas que a corto o largo plazo, permiten la prevención y control de las enfermedades, con el fin de promover el mejoramiento del estado de salud de la comunidad (Maya, 1990, p. 385).

En esa misma resolución se definen las Oficinas de Vigilancia Epidemiológica que debían tener las Seccionales de Salud de todos los Departamentos del país y que deberían contar con un médico especializado en Epidemiología, una enfermera, un supervisor de saneamiento y una secretaria (Maya, 1990, p. 385).

Con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica organizado en Antioquia, en 1975, emulando la estructura editorial del *Weekly Epidemiological Record* (WER) de la OMS, se publica en papel mimeografiado, el primer Informe Mensual de Epidemiología, que en 1976 pasó a llamarse Boletín Epidemiológico de Antioquia y que pronto se posiciona, junto con la Revista Escuela Facultad Nacional de Salud Pública, como las dos publicaciones pioneras en el país en el área con cobertura principalmente en el ámbito departamental y nacional, pero con algunas suscripciones en otros países latinoamericanos (G. González, 1995; Maya, 1990). Buena parte de los trabajos de investigación de la ESP eran publicados en estos dos medios y muy poco en otras revistas científicas del país o del exterior.

En junio de 1980, el Ministerio de Salud convoca a una reunión a las divisiones, secciones u oficinas de Epidemiología de todos los departamentos del país en Bogotá. Para entonces el país no tenía estandarizado ni unificado el ejercicio de vigilancia epidemiológica ni los reportes derivados de él; incluso muchos departamentos no contaban aún con personal especializado en Epidemiología. En la reunión, con el liderazgo del Dr. José de los Ríos, egresado del programa de Epidemiología de la ESP y, para entonces, Jefe de la Oficina de Epidemiología de la SSSA, se diseñaron una serie de “Investigaciones Epidemiológicas Operativas Nacionales” que tenían como propósito consolidar la información del ejercicio de vigilancia epidemiológica del país con un trabajo colaborativo entre todos los departamentos. El primer resultado fue sobre “El comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia de 1975 a 1979” y fue presentado en 1981 y permitió predecir y controlar adecuadamente un brote epidémico de poliomielitis en la Costa Atlántica. A partir de allí, se realizaron otras Investigaciones operativas para otras enfermedades infecciosas como Hepatitis A, Parotiditis, Rubeola y Rabia, enfermedades de transmisión sexual y malaria (De los Rios, 1990).

La modalidad del trabajo cooperativo implantada en las Investigaciones Cooperativas Nacionales, unió los Servicios Seccionales de Salud y el Ministerio en una sola “familia de Epidemiología”, alcanzando logros tan importantes como la capacitación definición de funciones y actividades, unificación de criterios y apoyo de las oficinas con mayor desarrollo

a las demás. Su resultado se mostró claramente no sólo con la publicación de resultados sino con la aprobación por parte del Ministerio de Salud de las Normas de Vigilancia Epidemiológica para 6 inmunoprevenibles mediante resolución comunicada en enero 5 de 1982 (Maya, 1990, p. 387).

En Antioquia, en junio de 1984 se promulga el Decreto reglamentario 1567, por el cual se constituyen los Comités Locales y Regionales de Vigilancia Epidemiológica con el fin de dinamizar el trabajo epidemiológico y facilitar el flujo de información para toma de decisiones oportunas de los eventos en vigilancia, de tal manera que el proceso fuese útil a los procesos de planificación y evaluación en salud de la SSSA. Además del desarrollo en vigilancia se generaron dos enfoques adicionales: Epidemiología aplicada a los servicios de salud e investigación aplicada. En 1987 se crearon los cargos de epidemiólogos para las diez regionales en el Departamento y se vincularon al SSSA epidemiólogos específicos para apoyar los diferentes programas de la seccional: Materno infantil, Programas médicos especiales, Laboratorio, odontología, etc. (Maya, 1990, pp. 388–390).

Al finalizar la década del ochenta, la gestión y planificación estatal de los servicios de salud en el Departamento de Antioquia estaba atravesada por el ejercicio de la Epidemiología y la información que de allí surgía. Este juicioso ejercicio de planificación marcaba una gran diferencia con otros departamentos del país que presentaban importantes dificultades en sus procesos organizativos y de planificación en el contexto del SNS (Epi-UdeA3, 2015).

Los turbulentos años ochenta y la Facultad Nacional de Salud Pública (1980-1989)

La denominada “década perdida”²² fue muy agitada para la Universidad de Antioquia en general y para la Facultad Nacional de Salud Pública en particular. En comienzo de los ochenta están marcados por una profunda crisis económica en toda América Latina de la cual Colombia no estaba exenta, adicionalmente con un recrudecimiento de la situación de orden público. La violencia estatal promovida por el Estatuto de Seguridad del presidente Turbay, el frustrado proceso de paz con

²² Esta denominación se dio principalmente por el impacto de la crisis de la deuda externa en casi todos los países de América Latina una vez la reserva Federal de los Estados Unidos decidió aumentar las tasas de interés en 1979. La deuda adquirida por los países Latinoamericanos desde la década de los 50 se hizo impagable; por tal razón, estos países tuvieron que renegociar la deuda a cambio de reformas y programas de ajuste estructural para solventar el déficit fiscal y que pudieran cumplir con sus obligaciones (Ocampo Gaviria, 2017).

las FARC del Presidente Belisario Betancur en 1984, la toma del Palacio de Justicia por la guerrilla del M-19 en 1985, son ejemplos de la permanente tensión en la que vivía el país (Bushnell, 2005; Sanín, 2014).

Para la Universidad de Antioquia, en palabras de María Teresa Uribe:

[Los ochenta] fueron tiempos oscuros, difíciles, dolorosos; años de desesperanza y de duelo, pero, a la vez, de reflexión, de conciencia sobre la magnitud de la crisis interna, de búsqueda de salidas y de explosión de propuestas; en fin, tiempos de tempestad y guerras, que arrasaron como hojas secas las viejas certezas y las sólidas convicciones de los años rojos, y, con ellas, las expectativas desproporcionadas sobre la función atribuida a la Universidad, tanto en el proyecto de cambio y modernización, como en su contrapartida, la lucha revolucionaria. [...]

La década de los ochenta se inicia de manera bastante oscura, con una universidad aislada y vuelta sobre sí misma, en un entorno urbano agobiado por la turbulencia social y por la eclosión de múltiples formas y actores de violencia, de cuyas alianzas y confrontaciones está hecha la historia reciente de la ciudad (Uribe de Hincapié, 1998, pp. 657, 662).

En enero de 1980, el Ministerio de Educación promulga el Decreto 80 “por el cual se organiza en sistema de educación post-secundaria o superior” (Colombia - Ministerio de Educación, 1980). El propósito de esta norma es incorporar al sistema universitario la modalidad de ciclos de formación superior, estableciendo diferencias entre pregrado, especialización, maestría y doctorado. Adicionalmente, definió la investigación como una actividad fundamental de las universidades y modificó el gobierno universitario centrando el poder en el rector y disminuyendo la capacidad de decisión de los consejos y los cuerpos asesores (Colombia - Ministerio de Educación, 1980). Valga la pena resaltar que Luis Fernando Duque, ex-rector de la Universidad de Antioquia, estaba como Director del Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación –ICFES– y fue uno de los gestores intelectuales de la norma (H. B. Agudelo, 2015; Olaya-Peláez, 2014).

La promulgación de la norma no fue bien recibida por la comunidad académica de la Universidad y los varios disturbios que se presentaron hicieron que estuviese cerrada por casi un año entre 1980 y 1981. Entre tanto las directivas se concentraron en trasladar los principios del Decreto 80 al Estatuto General de la Universidad mediante el Acuerdo 13 de 1980. Al igual que la norma nacional produce un profundo rechazo de todos los estamentos, sobretudo el profesoral por el bajo reconocimiento que se le da al estamento y a las organizaciones gremiales en la norma (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 51; Uribe de Hincapié, 1998, pp. 683–685). Dos cosas se resaltan del Acuerdo, en primer lugar, el

reconocimiento que se le da a la investigación como una de las misiones institucionales de la Universidad que tiene como consecuencia la creación del Sistema Universitario de Investigación y, específicamente en la Facultad, la creación del Centro de Investigaciones; en segundo lugar, y porque es de interés especial de este recuento, la creación de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP). Valga la pena recordar que la Escuela ya tenía funciones de facultad desde 1970, pero en la reorganización institucional que se requería para estar acorde con el Decreto 80 se le dio el nombre de Facultad (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, pp. 50–53).

El cambio de nominación coincidió con la renuncia de Emiro Trujillo a la dirección y con el recorte presupuestal por parte del Ministerio de Salud, lo que implicó la desaparición de varios de los programas. Desde 1978 el Ministerio estaba presionando para que la Escuela fuera solo de formación de posgrado, lo cual no fue aceptado por la Universidad. Las relaciones estaban deterioradas desde años atrás y para entonces la Facultad ya dependía plenamente de la Universidad; sin embargo, en agosto de 1981 se establece un nuevo acuerdo por tres años en el que se mantenían las becas a los estudiantes.

Ante las repetidas crisis de los primeros años de los ochenta, en 1983, el nuevo Rector, Darío Valencia Restrepo, publica el documento “Hacia un proyecto de Universidad” con el propósito de abrir un debate sobre el rumbo que debería tomar la institución. En él proponía un trabajo participativo para definir la misión, las funciones y las estrategias académicas, administrativas y financieras de la Universidad. El documento planteaba que el conocimiento, su producción y difusión, era la función esencial de la Universidad; para lo cual requería, según lo relata María Teresa Uribe: “[...] sacarla del pragmatismo profesionalizante, interrogar la validez de las posiciones anti-intelectuales en nombre del pragmatismo o de las urgencias de la revolución (Uribe de Hincapié, 1998, p. 683)”. La propuesta no tiene eco en la comunidad universitaria y pasan dos rectores más en dos años para volver a ser retomada en uno de los momentos más críticos de la vida institucional de la Universidad de Antioquia que llegó a la encrucijada de ser reestructurada o ser clausurada. En 1985 se crea la Comisión Especial de Reestructuración con representación de todos los estamentos y de todas las dependencias académicas de la Universidad, por la FNSP participa Emiro Trujillo (Uribe de Hincapié, 1998, pp. 683–685).

La lectura que hace María Teresa Uribe de los años previos que llevaron a tan profunda crisis de la Universidad es la siguiente:

El intelectual de los años rojos tampoco logró formarse en una universidad que hubiese podido acumular un pensamiento intelectual sólido y cimentado en procesos

de reflexión filosófica y científica, sino en una institución que, como la Universidad de Antioquia, pese a todas sus transformaciones, seguía siendo esencialmente profesionalizante, definida por el ideal de lo práctico y con referentes intelectuales muy débiles.

Tal vez por eso, el intelectual de los años rojos, fiel reflejo del tipo de formación académica y cultural que había recibido en la Universidad, adoptó en su militancia el espíritu pragmático y anti-intelectual que ha caracterizado a la región antioqueña a lo largo de la historia. Para este intelectual militante, sólo tenían sentido aquellos saberes, disciplinas e investigaciones que tuviesen utilidad práctica, esto es, que le sirviesen a la revolución, al cambio de sistema, a las masas movilizadas; en suma, a la transición al socialismo. [...] Una visión más modesta de su quehacer quizá le hubiese dado a la militancia un sentido más secular y reflexivo, pero no fue así” (Uribe de Hincapié, 1998, pp. 599–600).

La FNSP no era ajena al conflicto y la crisis general de la Universidad. En agosto de 1983, el Decano Héctor Zuluaga finalizaba su periodo, luego de suceder a Guillermo Restrepo Chavarriaga, quien había sido el segundo Director de la Escuela entre 1966 y 1970. En reemplazo de Zuluaga, el Consejo Superior designó a Hernando Molina Saldarriaga, Odontólogo y Epidemiólogo egresado de la segunda cohorte de Residencia. Gómez y Correa describen así el proceso:

El rector pidió la composición de la sexteta; el Consejo de Facultad utilizó el mecanismo de la consulta que fue acogido por el comité técnico en observancia del convenio con el Ministerio en lo pertinente a esta elección y con la sugerencia que el candidato mayoritario del profesorado ocupara el primer lugar, resultando favorecido quién ejercía el cargo [Héctor Zuluaga]. El rector elaboró la terna, modificando el orden, pero conservando el primer nombre y la presentó al Consejo Superior, el cual, por renuncia de uno de los aspirantes, invitó a reconstruirlas. El sector minoritario profesoral incluyó en el sexto lugar a una persona que no tenía vínculos con la Facultad, ni con la Universidad y quien finalmente fue elegido decano por el Consejo Superior, desconociendo todo el proceso colectivo que se había cumplido (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, pp. 63–64).

Una vez posesionado el nuevo decano, el Claustro de profesores hizo un pronunciamiento público denunciando la ilegitimidad del nombramiento y comunicó la decisión de que sus miembros no participarían en los cargos administrativos (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 64).

Este proceso radicalizó aún más la polarización entre *derecha e izquierda* en la Facultad. El “sector minoritario” al que hace referencia Gómez y Correa es la derecha, representada principalmente por Luis Fernando Duque, Luciano Vélez y

Luis Mesa, que, aunque algunos de ellos, no estuviesen directamente en la Facultad en ese momento mantenían intereses en la Facultad y un importante poder político en la Universidad y el Departamento (Epi-UdeA3, 2015).

Sin embargo, otros profesores del momento hacen una lectura distinta del proceso de designación de Molina como Decano:

[...] Esa polarización derecha - izquierda se había hecho más profunda. Los mismos compañeros de Epidemiología estaban alineados con los unos o los otros. Yo no tenía problema porque yo no era ni de derecha ni de izquierda, porque yo venía aquí a preparar mis cursos, a dictar mis clases, a participar en proyectos de investigación. Ese cuento político a mí no me interesaba. Para mí, esas preferencias cambiaban con el decano de turno. Si el decano era uno u otro, entonces algunas personas mutaban. Entonces yo quedé ahí como en la mitad de un sándwich. Esa polarización llegó hasta un extremo que, en un determinado momento, la situación era tan inmanejable dentro de la Facultad que el Consejo Superior dio las directrices para que el poder de la Facultad se le encomendara a una persona ajena a ella, para que no representara ningún grupo de interés y evitar que se siguiera agudizando la crisis. Nombraron entonces a Hernando Molina Saldarriaga, odontólogo del CES, epidemiólogo, un ser humano excelente; pero en vez de resolver el conflicto lo agudizó más, porque la izquierda particularmente no aceptaba que esta persona estuviera al frente de la Facultad (Epi-UdeA5, 2015).

Varios entrevistados coincidían en la calidad humana de Hernando Molina, pero la queja no era contra la persona sino contra el proceso y quienes habían impulsado su designación, de tal manera que la Facultad se convirtió en un campo de guerra, del enfrentamiento académico y político se pasó incluso a las agresiones verbales y físicas. Algunos miembros de uno u otro grupo no se dirigían la palabra y, por supuesto, se afectaron las actividades misionales de la Facultad: “Uno salía por el patio central, ahí en el pasillo principal, y los profesores sentados de brazos cruzados, era una especie de operación tortuga no declarada abiertamente” (Epi-UdeA5, 2015).

Ese mismo año, al finalizar 1983, el Ministerio notifica que no tenía los recursos para mantener la financiación de estudiantes en la Facultad, se acabaron las becas y con esto se terminó la relación de dependencia entre las dos instituciones. El profesor Byron Agudelo hace esta reflexión sobre este suceso:

Al romperse la relación con el Ministerio, yo creo que hubo personas, sectores, en la Facultad que sintieron una liberación académica. Digamos, sintieron con

mayor propiedad el ejercicio de libertad de cátedra, la libertad de pensamiento, la libertad de expresión. Tener independencia frente al sistema. Hasta entonces, podríamos decir, que la Escuela y la Facultad era un apéndice del sistema y en lo académico no podía tener autonomía total. Hay, digamos, una pérdida de recursos materiales, pero hay una ganancia en autonomía. (H. B. Agudelo, 2015).

A pesar de la difícil situación interna que afrontaba, la Facultad lidera la organización del Foro Salud Siglo XXI que se realizó en Medellín entre el 12 y el 14 de julio de 1984, con motivo de la celebración de sus veinte años de fundación; evento al que asisten alrededor de veinte ministros de salud de Iberoamérica y que marcará la pauta para los futuros Congresos Internacionales de Salud pública que organiza cada dos años la Facultad (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 66).

Ante la crítica situación de la Facultad, el 23 de mayo de 1985, el Gobernador de Antioquia como presidente del Consejo Superior de la Universidad envía una carta a los profesores de la Facultad y les propone la conformación de una comisión, conformada por profesores de las partes involucradas, miembros del Consejo Académico y egresados, como mediadora en la búsqueda a una solución del conflicto. Las partes en conflicto aceptan y el 7 de abril de 1986 firman un acta de compromiso que titulan Una doctrina de Salud Pública (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, pp. 67–72).

El documento tiene un espíritu propositivo que incluye aspectos conceptuales, ético-políticos de la salud pública y de la universidad pública, además de resaltar algunos asuntos operativos relacionados con el respeto a los estamentos universitarios y la necesidad de una participación plural real en la administración de la Facultad y en la toma de decisiones²³. A continuación, expongo varios fragmentos que develan la posición y el pensamiento en salud pública de la Facultad en ese momento y que pueden aún ser vigentes para la reflexión hoy, treinta años después:

Entendemos la Universidad como una agrupación social compleja, que actúa en el ámbito de la Educación Superior y que está conformada por personas de ambos sexos y de diferentes generaciones, ubicadas en las distintas clases sociales y poseedoras de diversas disciplinas e ideologías y cuya interacción debe tener el significado de búsqueda sistemática y metódica de la verdad y de compromiso con la

²³ Estos aspectos operativos del acuerdo se concretaron en una repartición de los cargos administrativos de la Facultad entre los dos sectores en pugna como si se tratase de la versión local del Frente Nacional que vivió el país (Olaya-Peláez, 2014; SP-UdeA2, 2015).

promoción integral de todos los seres humanos. Inserta en la sociedad, [...] llamada, en asocio de otras instituciones, a actuar como agente de cambio hacia el logro de una civilización más humana y más justa.

Ponemos énfasis en la investigación científica, como componente esencial del que hacer Universitario, la cual ha de servir para producir diagnósticos sobre la realidad, con especial consideración de los problemas que afectan al ser humano en nuestra sociedad [...].

Corresponde a la Universidad ser ambiente propicio para la formación de personas y de profesionales universitarios, en concordancia con las necesidades sociales y con capacidad para la libre autodeterminación. En esta función profesionalizante está llamada a superar la mera actividad instruccional, mediante la configuración de objetivos actitudinales y la formación del sentido de la responsabilidad, con gran respeto de las opciones personales de quienes estudian o trabajan en ella. [...]

Se pone énfasis en el papel que el Estado tiene en la prestación de servicios de atención médica, en la conservación y transformación del ambiente y en aquellos aspectos que conducen a mejorar la calidad de la vida, especialmente orientados a aquellos sectores de población hoy denominados postergados²⁴, en la búsqueda de un criterio progresivo de equidad. [...] Aceptamos que el problema de los recursos no puede ser canalizado bajo la perspectiva simple de una escasez natural, sino que es necesario entender que existe un proceso de concentración de recursos históricamente determinado y aún un franco despilfarro de ellos. [...]

Nuestra Facultad tiene una trayectoria, en sus años de existencia formal, en la que se han venido desarrollando y plasmando cuerpos de ideas, propuestas y opciones en diversas áreas, las que han de conformar ejes, alrededor de los cuales, mediante un proceso de sistematización de ellas, podamos cada vez más especificar nuestra doctrina. Destacamos: El área del análisis histórico social del proceso Salud - enfermedad. La Epidemiología, con énfasis en el desarrollo de la metodología y la investigación y en lo operativo, su relación con los sistemas de vigilancia epidemiológica y las infecciones intrahospitalarias. La Planificación en salud, especialmente en el terreno de la utilización de elementos epidemiológicos y políticos en la llamada planificación estratégica. Es decir, avanzar en la necesidad de tener en cuenta la concertación política en el proceso de planificación, [...] La Administración de Servicios de salud, con formulaciones respecto a la definición del sector en el nivel nacional, el concepto de Sistema de salud, los servicios en las grandes ciudades y la Administración hospitalaria. Los sistemas de información y registros. La conceptualización y operativación (sic) de la Atención Primaria y la participación de la comunidad. La Salud Ocupacional. [...] El Saneamiento ambiental y su dimensión

²⁴ La denominación “Grupos humanos postergados” surge del Modelo de Planificación en Salud conocido como “Enfoque Medellín”, diseñado por el Grupo de Planificación de la Facultad en los ochenta, y que se integra con el trabajo de APS y entiende la planificación ante todo como un proceso de negociación política en las comunidades que participan directamente y que hace a partir de sus recursos y necesidades (Barrenechea & Trujillo Uribe, 1987).

ecológica. [...] El Desarrollo de la formación de Recursos Humanos en diferentes niveles, incluyendo en ella la preparación de tecnólogos en Salud Pública. Sobre estos aspectos existe ya un acervo de trabajos y aportes, los cuales constituyen realmente un conjunto de teoría y experiencia importante, que puede ser perfeccionado y formulado sistemáticamente. [...]

La Salud Pública, como teoría y como práctica, no es monopolio de ninguna disciplina o profesión en particular, por importante que sea. Ella requiere la participación y aporte de diversas áreas del saber. Esa contribución, desde diversas ópticas científico - técnicas y de participación social, no debe ser simple dimensión multidisciplinar, a manera de mero agregado de aportes, sin coherencia y sin método. La exigencia que la Salud Pública tiene es la de avanzar más eficazmente en el camino de la interdisciplinariedad, entendida como procedimiento de participación de diversas disciplinas y profesiones en la Salud Pública metodológica y sistemáticamente consistente. En la medida que se progresa en la interdisciplinariedad, se aspirará a penetrar en la transdisciplinariedad [...] (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, pp. 69–78).

La muerte en la Universidad de Antioquia

El trabajo de reconfiguración académica y administrativa de la Universidad y de la FNSP se ve opacado por las muertes de muchos de sus miembros en los años siguientes. Tan solo en 1987 asesinaron a 17 personas de la Universidad, entre estudiantes y profesores; adicionalmente un número indeterminado de profesores y de intelectuales de la ciudad tuvieron que irse en esos años del país para salvar su vida, entre ellos, Alberto Vasco, de la FNSP y Saúl Franco, de Medicina.

Entre la segunda mitad de los ochenta y la primera de los noventa, Medellín vivió una epidemia de homicidios (Agudelo G., Grisales R., & Londoño-Fernández, 1998). Múltiples fenómenos confluyeron en esa situación: el crecimiento del narcotráfico, el sicariato, la intensificación de la lucha guerrillera, el crecimiento del paramilitarismo, el genocidio contra los militantes de la Unión Patriótica, las campañas de “limpieza social” que se hacían en las ciudades, entre otros. El ensañamiento específico que vivió la Universidad de Antioquia, Saúl Franco lo interpreta así:

Ubiquemos a finales de los setenta y comienzo de los ochenta. Gobierno de Turbay Ayala y el estatuto de seguridad. El país vivía una represión muy fuerte. Yo digo que lo que había era una penalización de la vida civil y unas restricciones supremamente grandes del pensamiento, porque hasta el propio García Márquez le

toco irse de este país. No era un chiste o porque uno fuera débil. Y la cuestión empeoró después. En la segunda mitad de los ochenta se agudizó la lucha guerrillera y surgió con fuerza el paramilitarismo y esto afectó mucho incluso la dinámica del quehacer académico. En esa década del ochenta se instauró la restricción de la lucha social, yo diría que más que una penalización de la lucha civil, fue casi una satanización. Cualquier protesta, por sana que fuera, inmediatamente se relacionaba con grupos guerrilleros, con acción subversiva. Entonces volver subversiva la respuesta social fue un saldo muy negativo y yo creo que tiene mucho que ver el peso de la lucha armada en el país, la guerrilla digamos, asumió ese espacio, y el establecimiento se acostumbró a ver que lo que no era del establecimiento era de la guerrilla.

Entonces todos los que defendíamos movimientos sociales, luchas sociales, estábamos a un paso de ser señalados como guerrilleros. Al lado de eso estaba la defensa de los derechos humanos, que era como una protección, la posibilidad de defender muchas cosas de la sociedad, de la democracia, de los derechos humanos... y ahí vino esa andanada... yo diría que con cierta lógica se enfocó mucho en la Universidad de Antioquia porque era ahí donde había un liderazgo regional muy grande. El ensañamiento era porque la Universidad de Antioquia expresaba ese liderazgo en un pensamiento crítico, social y de defensa de derechos humanos y donde había un margen de autonomía mayor, de ser una voz crítica más fuerte o un conjunto de voces críticas más fuertes, entre ellas las del profesor Abad, la del profesor Carlos Gaviria Díaz, la de Fernando Vélez, la de José María Valle.

Entonces mientras en la Universidad se alzaba la voz como parte de un ejercicio democrático, el establecimiento lo veía con sospecha, como un potencial riesgo para el Estado... lo veía como subversión para ser más sintético (S. Franco, 2015).

Ante la ola de asesinatos de la comunidad universitaria, como señal de protesta, el martes 11 de agosto de 1987, un grupo de estudiantes instala una huelga de hambre en el bloque administrativo de la Universidad de Antioquia; dos días después, el jueves 13 de agosto, se realiza una marcha de unas tres mil personas, convocada por el profesor de la FNSP, Pedro Luis Valencia, médico y ex-senador por el partido Unión Patriótica, que recorre las calles de Medellín hasta la gobernación de Antioquia; la marchase conoció como la 'Marcha de los claveles rojos'. Al día siguiente, viernes 14 de agosto, antes de las siete de la mañana, cinco hombres vestidos de policía acribillan a tiros al profesor Valencia en su casa (Redacción Judicial El Espectador, 2012).

Cinco días después, el martes 19 de agosto, una nueva y multitudinaria marcha 'por el derecho a la vida' recorre en silencio las calles del centro de Medellín. La única voz que se escuchó fue la de su convocante, Héctor Abad Gómez, fundador de la Escuela de Salud Pública, para entonces Presidente del Comité de Defensa de los Derechos Humanos de Antioquia y pre-candidato por el Partido Liberal a la

Alcaldía de Medellín, que al final del recorrido, en el Parque Berrio, hace un discurso exigiendo respeto por la vida. En esa semana Abad escribe una columna en el periódico El Mundo donde habla del crimen del doctor Valencia y denuncia a los paramilitares como sus responsables (Abad Faciolince, 2006).

El lunes 24 de agosto se reúne el Comité de Defensa de los Derechos humanos y redactan un comunicado a la opinión pública denunciando a los escuadrones de la muerte y a grupos paramilitares como responsables de las muertes de personas vinculadas con la Universidad de Antioquia. Tres de las personas que asistieron a esa reunión mueren asesinados, dos al día siguiente, Héctor Abad y Leonardo Betancur (profesor de Medicina Preventiva de la Universidad de Antioquia), y la otra, Carlos Gomina, en febrero de 1988; una cuarta, Carlos Gaviria, profesor de Derecho de la Universidad de Antioquia, se va al exilio (Abad Faciolince, 2006).

Al día siguiente, el martes 25 de agosto, a las siete de la mañana asesinan a bala al profesor Luis Fernando Vélez cuando ingresaba a la Sede del Sindicato de Profesores de Antioquia en el centro de la ciudad. Esa misma tarde, en el mismo lugar, acribillan a los profesores Héctor Abad Gómez y Leonardo Betancur, cuando se dirigían a las exequias de Luis Fernando Vélez. Al día siguiente, el sábado 26 de agosto se publica la última columna de Héctor Abad Gómez en el periódico El Mundo:

En Medellín hay tanta pobreza que se puede contratar por dos mil pesos a un sicario, para matar a cualquiera. Vivimos una época violenta, y esta violencia nace del sentimiento de desigualdad. Podríamos tener mucha menos violencia si todas las riquezas, incluyendo la ciencia, la tecnología y la moral –esas grandes creaciones humanas– estuvieran mejor repartidas sobre la tierra. Este es el gran reto que se nos presenta hoy, no sólo a nosotros, sino a la humanidad (Abad Faciolince, 2006).

Ese mismo día, en horas de la tarde, Saúl Franco, profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Antioquia, tuvo que salir del país:

Luego de que mataron a Héctor Abad y a Leonardo Betancur, yo tuve que salir en horas del país porque estaba en esa misma lista. A Héctor y a Leonardo los mataron un martes a las seis y cuarto de la tarde y al miércoles yo ya tuve que salir. Yo no pude ir al funeral de ellos. Los amigos me sacaron físicamente del velorio y yo ya no volví a mi casa, me escondieron en una finca mientras me conseguían el pasaje y toda la cosa. Afortunadamente tuve una protección internacional muy grande de muchos amigos, de Alames²⁵ y de la OPS que se portaron supremamente

²⁵ Asociación Latinoamericana de Medicina Social

bien conmigo y me ayudaron para que pudiera salir inmediatamente del país rumbo a Brasil (S. Franco, 2015).

Al año siguiente, cuando en apariencia la ola de exterminio había mermado, la noche del 31 de octubre de 1988, tres agentes del DAS asesinan a dos profesores más de la FNSP: Emiro Trujillo y Leonardo Lindarte. La primera versión oficial, planteaba que el vehículo en el que iban de los dos profesores ebrios había estrellado el automóvil en el que se movilizaban los agentes, que los profesores intentaron escapar y que eso había desencadenado su reacción. Luego hubo otras versiones confusas y finalmente, en 1994, el Tribunal Administrativo de Antioquia condenó a 84 meses de prisión a los tres agentes y condenó a la Nación que tuvo que indemnizar a las familias de las víctimas (Redacción El Tiempo, 1994; Redacción Semana, 1988).

En junio de 1993, matan al profesor Luis Javier García Isaza, líder político del Partido Liberal, quien había sido durante algunos meses de 1991 Decano de la FNSP y que para 1993 estaba como Director de Extensión Universitaria (Redacción El Tiempo, 1993).

Como era de esperar, la muerte de tantos profesores en la Universidad generó un ambiente de zozobra y miedo; que de por sí ya era generalizado en el país por la confluencia de situaciones que ya he descrito, pero que se sentía con mucha intensidad en la Universidad de Antioquia y repercutía en su quehacer académico. En particular varias de estas muertes y los exilios afectaron de manera importante al movimiento de Medicina Social en la Universidad de Antioquia y el debate que promovían. Así recuerda un profesor de la FNSP el impacto académico de este fenómeno:

La facultad se fue aislando del contexto nacional e internacional. La Facultad comenzó en una especie de “hibernación”. Primero por la ruptura con el Ministerio, los servicios de salud del país dejaron de mandar estudiantes aquí; luego, por la situación de miedo y violencia de la ciudad, dejaron también de venir estudiantes y profesores extranjeros.

La repercusión más negativa fue sobre el terreno académico, sobre el nivel académico de la Facultad. Porque ese aislamiento, sin lazos comunicantes con el medio exterior significó una especie de involución. Con todo el conflicto de los años anteriores, aunque ya era mucho menor, el ambiente interior estaba muy deteriorado [...]. Un poco ese tipo de cosas comenzó a hacer carrera en la Facultad y a lo largo de cinco años el nivel académico de la Facultad se había deteriorado mucho (Epi-UdeA5, 2015).

En un homenaje que se le hizo al profesor Álvaro Olaya en noviembre de 2015 en el Auditorio de la Facultad con motivo de su jubilación, él contaba que el día más triste en sus más de cuarenta años de vida universitaria fue cuando mataron a Héctor Abad Gómez. Cuenta Álvaro que llegó a su casa profundamente afligido, se sirvió un aguardiente y lloró mientras lo bebía. Luego se le acercó poco a poco una de sus hijas, que tendría alrededor de cinco años, y con delicadeza y algo de timidez le preguntó: “Papá, ¿si no te han matado para diciembre me puedes regalar una bicicleta para navidad?”

La Epidemiología en la Facultad Nacional de Salud Pública en los ochenta

Por supuesto el Grupo de Epidemiología (GEPI) no era ajeno a la difícil situación que vivió la Facultad y la Universidad durante la década de los ochenta. Sin embargo, de acuerdo con los testimonios y los documentos, el Grupo mantuvo una disciplina de trabajo, estudio e investigación que le permitió ir madurando su propuesta académica de la especialización, mantener un vínculo con la SSSA y fomentar y desarrollar la investigación en la Facultad en ese periodo. Así veía al Grupo de Epidemiología un salubrista, profesor de ese momento:

Aunque la gente se acomodaba según las circunstancias, yo veo a Fernando Zambrano, Germán [González], Augusto Hernández y a María Eugenia [Mazuera] más del lado de la gente que se ubicaba en la izquierda, aunque Fernando se fue en el 82 para Medicina Interna, tal vez cansado de la situación de la Facultad. Doña Yolanda [Torres], Gabriela [Ospina], Juan Luis Londoño, John Flórez y Colimon estaban más del lado de esa vertiente de Luis Fernando Duque que era de derecha. Pero hay que entender que en el Grupo de Epidemiología eso no generaba enemistad. Nada comparado con lo que pasaba en los otros grupos de la Facultad. El grupo siempre mantenía la unidad, aunque cada uno tuviera una perspectiva política particular –eso no lo veo tan claro en el Grupo de hoy día, por ejemplo– Era un grupo que se mostraba monolítico, como el puño y los dedos de la mano: son cinco dedos, pero un solo puño. Al interior podían tener diferencias, pero ante la Facultad y hacia fuera se mostraban como uno solo. Claro, eso le generó unas ventajas comparativas, porque no se presentaba despedazado ante la Facultad. Yo diría que era como una familia, con las diferencias que puede tener una familia en su interior. Eso le permitía sobrevivir, en un entorno de vientos huracanados (SP-UdeA2, 2015).

En 1980, con el Acuerdo 80, la FNSP comienza un trabajo de reestructuración de sus programas. En ese mismo año, en el nuevo acuerdo que la Facultad suscribe con el Ministerio de Salud, este solicita se reactive la Especialización en

Epidemiología como una necesidad urgente para el SNS. La Facultad en respuesta ofrece entonces la Especialización en Salud Pública con énfasis en Epidemiología y en diciembre de 1984 se cambia la nominación por Especialización en Epidemiología al ser aprobada junto con la de Salud Ocupacional y Arquitectura Hospitalaria. Por su parte la Maestría en Salud Pública se mantiene con sus tres énfasis, pero debe ser reestructurada a las exigencias del Decreto 80, lo que implica, entre otras modificaciones, extenderla a dos años e incluir el requisito de tesis de investigación. Toda la década de los ochenta transcurre con múltiples reformas al currículo de la maestría en salud pública sin lograr una consolidación definitiva (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, pp. 56–61).

Es importante resaltar que por el Decreto 80 de 1980, se invierte la jerarquía de los posgrados en la FNSP respecto a su nivel de formación. En la década de los 60 y 70, la Maestría tiene un sentido profesionalizante y operativo para su aplicación en los servicios de salud; no era requisito hacer investigación, su duración era de un año y se ofertaban decenas de cupos. A finales de los 70 se llegaron a tener hasta 90 estudiantes por cohorte (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 48). Por su parte, tanto la Especialización en Salud Pública como en Epidemiología, llamadas “Residencias”, emulando los programas de especialización clínica, pretendían una formación de mayor nivel, incluso en la propuesta original de los sesenta, se planteó que quien cursara los dos años de residencia tendría el título de Especialista, y quien terminara los tres años tendría título de Doctor.

En 1980 las reglas de juego cambiaron, ahora el foco de la maestría debería ser la investigación por lo tanto el trabajo de investigación se convertía en requisito para su graduación y la duración se debía extender a dos años. Por su parte, las especializaciones tendrían un carácter más operativo y se diseñaron con una duración de tres semestres; sin embargo, en Epidemiología, que desde que inició el programa de Residencia había un componente investigativo importante se mantuvo la investigación como parte nuclear del programa y requisito de grado. A lo largo de la década de los ochenta, la Especialización de Epidemiología fue bien recibida y evaluada por los estudiantes y por la Universidad (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999). Valga la pena mencionar que en 1982 la Universidad del Valle dio inicio a la primera cohorte de Maestría en Epidemiología con un currículo centrado en la investigación, coherente con lo exigido por el Decreto 80 del 80, y estructurado por profesores formados en escuelas norteamericanas como Rodrigo Guerrero y Guillermo Llanos (Epi-Ext3, 2016; Idrovo et al., 2008). Esto posicionaba tanto a la Universidad de Antioquia y la Universidad del Valle en los dos polos académicos de la Epidemiología en Colombia.

Durante la administración de Hernando Molina el profesor del Grupo de Epidemiología, Juan Luis Londoño, es nombrado Jefe del Centro de Investigación de la Facultad. El profesor Londoño, Ingeniero Industrial de la Universidad

Nacional de Medellín, experto en estadística, se vinculó a la Escuela en 1971, inicialmente en la Sección de Estadística, luego en Planeación Académica y, por último, luego de formarse como Magíster en Investigación en Salud Pública con énfasis en Biometría en la Universidad de Carolina del Norte, se integra al Grupo de Epidemiología. Cuando Zuluaga lo nombra en el Centro de Investigación en 1985, el Profesor Londoño acababa de regresar de una pasantía como Asistente de Investigación en la Universidad de Nueva Orleans. Durante su estancia en Estados Unidos, gracias al apoyo del doctor Pelayo Correa, tuvo la oportunidad de tomar un curso de estadística multivariada y entrenarse en aplicaciones informáticas en el manejo de datos en salud.

Fue Juan Luis Londoño quien trajo a la Facultad en primer computador personal a la Facultad de Salud Pública y comenzó, junto en el profesor Byron Agudelo a ofrecer cursos de informática.

A mí me tocó como Jefe del Centro de Investigaciones conseguir con la OPS que nos dieran una ayuda para una clasificadora y perforadora de tarjetas IBM. Ya había un antecedente en informática, pero la Facultad iba rezagada, pues en Medellín sólo había dos centros de cómputo con computadores grandes con base en tarjetas. A pesar de que a partir de 1981 empezaron a llegar los primeros micro computadores pero aquí no había software. Cuando yo estaba trabajando en New Orleans, mi compañero, un gringo, llegó con un morralito y sacó una cajita, la conectó y yo le dije: “Oiga ¿y eso qué hace?”. Y me dijo: “*It’s a computer*”. “¿Pero eso qué hace?”. “Pues es un computador”, me volvió a repetir. “¡Oiga, usted me está tomando el pelo! Le respondí. Pues era el primer IBM PC, que era la transformación de los famosos Atari.

Como jefe del centro, además de las tarjetas, conseguimos a finales del 1985 el primer computador Apple. Famosísimo, era la estrella del momento, creo que tenía 16Kb de memoria, pero esa era la cajita maravillosa y fue el primer computador de la Facultad. Entonces iban las personas al centro de cómputo para solicitar un turno para poder procesar una información, porque en las otras investigaciones su procesamiento era muy muy difícil. Eso era en sábanas de papel cuadrulado, en las que se rayaban unas columnas y se disponían los datos en filas, uno sumaba y si se le perdían siete hombres y le sobraban tres mujeres, pues vuelva y comience, vuelva y sume, eso era muy complicado. La llegada del computador se vio con algún recelo por un sector de la Facultad porque “era importación de gringolandia, del imperio”. Pero pronto todos se dieron cuenta de su importancia y rápidamente fueron cambiando de parecer.

Luego, cuando ya salí del centro, y regresé a mi labor académica, me dediqué a preparar talleres en la sala de computo. Yo llevaba a los estudiantes para que vieran cómo se instrumentalizaba un método: “ajuste de tasas: mire, esto funciona así; estudios de casos y controles, así se definen los casos, así los controles y se da esta orden en el computador para el cálculo del riesgo relativo”.

Después, a comienzos de los noventa, un profesor en una reunión en Washington a la que asistí, se dio cuenta de mi interés en los computadores y la Epidemiología, no recuerdo el nombre, pero era profesor de Epidemiología de la Universidad de Texas y me entregó un disquete y me dijo “ahí hay un software”. Era Epistat, la primera versión del Epistat. Creo que fue el primer programa para epidemiólogos propiamente hablando. Yo lo traje y entonces llevaba a mis estudiantes para que miraran cómo se hacía el análisis de un estudio de casos y controles, cómo se sacaba el resultado de una prueba de Chi cuadrado y cómo se interpretaba, por ejemplo. Todo lo preparé con talleres a partir de bases de datos de investigaciones en las que yo había participado” (Londoño-Fernández, 2015).

Por esos años, llegó una invitación a la FNSP para asistir a un taller de diseño de proyectos de investigación que realizaría la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional –IDRC– en África. El profesor de Administración Germán Ochoa asistió y trajo el material de trabajo, “los libros de Varkevisser” que estudiaron junto con Germán González de Epidemiología. Luego, en 1988, el doctor Silvio Gómez, del IDRC, realizó el taller en la FNSP para un grupo de 25 profesores al que asistieron todos los miembros del Grupo de Epidemiología. El curso lo coordinó el profesor Germán González, quien considera que: “ese taller generó un gran salto en la investigación en la Facultad. Nosotros no sabíamos escribir un proyecto, no sabíamos buscar recursos para un proyecto. Cuando tú miras el número de proyectos y de publicaciones del Grupo de Epidemiología y de toda la Facultad, se incrementaron a partir de esa fecha” (Gonzalez, 2015).

Usos y perspectivas de la Epidemiología en América Latina y el Caribe en la década del ochenta

Las prácticas en Epidemiología de la FNSP estuvieron influenciadas por dos reuniones importantes del ámbito Latinoamericano. La primera se realizó en Buenos Aires, Argentina, entre el 7 y el 10 de noviembre de 1983. El propósito del Seminario era revisar la práctica epidemiológica actual en el control de las enfermedades, la evaluación de la salud y la planificación de los servicios, y analizar sus implicaciones para el progreso de la investigación, la capacitación en Epidemiología y el desarrollo de los servicios (Organización Panamericana de la Salud, 1984).

Lo primero que resalta el informe de la reunión es el cambio en el perfil de enfermedad de la región, pues si bien en América Latina, para entonces, persistían las enfermedades infecciosas y carenciales; las enfermedades crónicas, la

accidentalidad, las condiciones relacionadas con el trabajo y la contaminación ambiental cobran un papel relevante que requiere atención especial. A pesar de ese perfil, la vigilancia epidemiológica, con desarrollos desiguales entre países, se ha concentrado en eventos infecciosos, en procesos de notificación pasiva y rutinaria que no ofrecía oportunidad para intervenciones adecuadas de control de los problemas. El segundo asunto contextual que se resalta es el compromiso de SPT-2000 adquirido por los países de las Américas en Alma Ata. Este compromiso pone en el centro la Estrategia de APS, de tal manera que la Epidemiología, como herramienta central de la salud pública, debe contribuir tanto al desarrollo de la APS como al cumplimiento de la meta propuesta. Con respecto a la situación de la investigación epidemiológica plantean que no ha tenido el desarrollo esperado y se limita, generalmente, a ejercicios académicos aislados, principalmente en el ámbito clínico y de laboratorio y muy poco en el ámbito poblacional, esto en un marco carente de políticas nacionales de investigación que definan prioridades y recursos de acuerdo con las necesidades de cada país (Organización Panamericana de la Salud, 1984, pp. 1–3).

Las perspectivas se desarrollan en tres líneas: los servicios de salud, la investigación y la capacitación.

Con respecto al uso de la Epidemiología en el contexto de los servicios de salud se resalta la necesidad de que los datos recolectados en los procesos de vigilancia sean analizados y utilizados con oportunidad para la toma de decisiones locales, principalmente; que la vigilancia epidemiológica debe ampliar su espectro a otros problemas de salud más allá de las enfermedades infecciosas y que deben establecerse unidades geográficas mínimas de análisis, en coherencia con la estructura y red de servicios de salud y a la distribución de grupos poblacionales específicos que requieren análisis situacionales particulares en coherencia con la estrategia de APS (Organización Panamericana de la Salud, 1984, pp. 1–5).

Sobre la investigación se recomienda que debe enfatizarse en estudios de carácter poblacionales que se enfoquen en grupos poblacionales específicos para develar necesidades también específicas. Al igual que en vigilancia plantean la necesidad de ampliar el espectro de las temáticas de investigación, tanto orientadas a desenlaces en salud como a exposiciones, sobretodo, en lo atinente a las enfermedades crónicas y la contaminación ambiental, y resaltan la importancia de conducir estudios que permitan valorar la eficacia, efectividad y eficiencia de las nuevas tecnologías sanitarias y las acciones de control, en especial aquellas de carácter preventivo (Organización Panamericana de la Salud, 1984, pp. 4–6).

Con respecto a la capacitación en Epidemiología se hace énfasis que cubra todos los niveles de formación, esto implica incorporar la Epidemiología en los programas de pregrado en salud y a su vez desarrollar y/o fortalecer los programas de posgrado orientados a cubrir las necesidades expuestas anteriormente y

fortalecer el desarrollo de la investigación en salud. Al final destacan el carácter interdisciplinario de la Epidemiología y la necesidad de que el epidemiólogo pueda participar en equipo contribuyendo con su saber a la búsqueda de soluciones de los problemas de salud y a la construcción de servicios de salud más eficaces, eficientes y equitativos para la población de los países de la Región (Organización Panamericana de la Salud, 1984, pp. 6–7).

En representación de la FNSP a la reunión asistió la profesora Yolanda Torres, quien a su regreso preparó un documento que resume todas las conferencias y sus conclusiones y que fue debatido al interior del Grupo de Epidemiología con el propósito de incorporar sus recomendaciones al fortalecimiento curricular de la Especialización (Torres de Galvis, 1984).

Otro resultado de la reunión fue la publicación del libro *El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas* (Buck et al., 1988). En la presentación del libro, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, indica que la publicación responde a un compromiso adquirido en el Seminario de Buenos Aires de recopilar los principales estudios epidemiológicos realizados hasta entonces donde se pudiera valorar la relevancia de la Epidemiología, de cada uno de sus diseños, en la contribución de resolver problemas de salud. Para tal fin se consultó a cien epidemiólogos del mundo para realizar la selección. De estos, una cuarta parte eran iberoamericanos y cuatro, colombianos: Germán González y Yolanda Torres, de la Universidad de Antioquia; Rodrigo Guerrero, de la Universidad del Valle, y Nubia Muñoz, medica de la Universidad del Valle y epidemióloga de Johns Hopkins, que para entonces ya hacía parte de la Agencia de Investigación para el Control del Cáncer (IARC) con sede en Lyon, Francia.

En 1987, la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp), con la colaboración de la OPS, los CDC de Estados Unidos y con la participación de la Asociación Americana de Salud Pública, organizó su XIV Conferencia en Taxco, México, entre el 15 y el 19 de noviembre de ese año²⁶. El propósito de este encuentro era revisar la situación actual de la enseñanza de la Epidemiología, que tenía como antecedentes la Conferencia de Puerto Rico 22 años

²⁶ No tengo claro si algún miembro del Grupo de Epidemiología o de la FNSP asistió a la Conferencia. En las entrevistas realizadas, nadie la recuerda, tampoco encontré evidencia documental primaria que así lo indicara. Sin embargo, en la Memoria de la FNSP de Gómez y Correa, se hace mención de una reunión de la ALAESp en 1987 en Costa Rica, donde se presentó la experiencia de la enseñanza de la Epidemiología en México, Río de Janeiro y Medellín: “Se presentó un proyecto sobre el desarrollo de la Epidemiología en Colombia” (Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 80). Sin embargo, no hubo ninguna reunión de la ALAESp ese año en Costa Rica. Es posible que sea un *lapsus* de la fuente. Tener en cuenta que Correa, uno de los autores de la Memoria, era el Decano de la Facultad en ese momento.

atrás y el Seminario de Buenos Aires del 1983 (Organización Panamericana de la Salud, 1988).

El informe de la Conferencia plantea que la práctica epidemiológica en América Latina aún dista mucho de lo propuesto en el Seminario de Buenos Aires con esfuerzos distintos entre los diferentes países y lista una serie de limitaciones que han impedido avanzar por ese camino: teóricas, de información disponible, del contexto social de los servicios de salud; relacionadas con el pensamiento administrativo y de planeación dominante, y a su vez, limitaciones de los epidemiólogos en entender los procesos de toma de decisiones administrativas y en salud pública y, por último, la actitud pasiva de poco liderazgo de muchos epidemiólogos (Organización Panamericana de la Salud, 1988, pp. 2-3).

Con respecto a la conceptualización de la Epidemiología, se plantea que es:

[...] una disciplina básica de la salud pública que rebasa el campo médico y constituye una forma de pensar y entender los problemas y las acciones de salud como expresión de complejos procesos determinantes biológicos, ecológicos, psicológicos, culturales, económicos y sociales. La Epidemiología es en nuestros días un campo de convergencia de los aportes de muchas disciplinas biológicas y sociales alrededor de la explicación de los fenómenos de salud-enfermedad en grupos de población [...]

Los cambios en las formas de percibir los problemas de salud, básicamente se refieren a la recuperación de la tradición epidemiológica de entender dichos problemas, como expresión de formas objetivas de existencia de diferentes grupos de población, en las circunstancias concretas de nuestras sociedades latinoamericanas; de las condiciones de vida y de las complejas relaciones entre los procesos biológicos y sociales. Ello ha conducido a la necesidad de recuperar la capacidad de explicación de otras disciplinas diferentes a las biológicas y clínicas para comprender los fenómenos de salud. Esta visión más integral y explicativa se había perdido progresivamente en la medida que la investigación epidemiológica fue fuertemente restringida a la evaluación de la relación de riesgos específicos y daños determinados y se incrementó la especialización y se hizo predominante la visión clínica individual para la definición de problemas y formulación de hipótesis, relegándose la Epidemiología al carácter de simple conjunto de técnica para cuantificar asociaciones mono o multicausales; y se restringió la práctica epidemiológica en los servicios a la vigilancia epidemiológica de algunas enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 1988, p. 3).

Sorprende en este documento que se haga explícita una crítica conceptual a la Epidemiología moderna y se introduzcan elementos discursivos usuales del

movimiento de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva (MSL-SC) (ver capítulo 3.2.) aunque no se mencione el debate que debió suscitar estas posturas, dada la heterogeneidad del pensamiento en salud pública en América Latina en ese momento y la participación de organizaciones norteamericanas cultoras de la Epidemiología moderna hasta hoy día. Por el contrario, es mucho más llamativo que al final del documento se haga mención del “alto grado de consenso que se observó entre los participantes, representantes de diferentes centros de capacitación en Epidemiología de América Latina y el Caribe” (Organización Panamericana de la Salud, 1988, p. 8). Según la doctora Helena Restrepo, quien para entonces ya estaba en la OPS, que en diferentes reuniones del ámbito latinoamericano donde se debatía sobre Epidemiología se generaba una intensa controversia provocada generalmente por la corriente de una “Epidemiología social latinoamericana” quienes proponían la comprensión de la salud enfermedad en las poblaciones desde referentes teóricos de las ciencias sociales, por su parte, los salubristas y epidemiólogos involucrados con estrategias preventivas concretas defendían el uso del enfoque de riesgo tradicional de la Epidemiología. Dice la doctora Helena Restrepo:

Estas controversias persistentes nos revelan que la evolución de la enseñanza de la Epidemiología en Iberoamérica se ha visto influenciada por las corrientes de pensamiento que se polarizan equivocadamente, a nuestro modo de ver, en explicaciones para el fenómeno salud-enfermedad (en lo biológico o en lo social), generando una dicotomía irreal que impide tener un enfoque más integral para el desarrollo de la investigación conjunta (Restrepo, 1993, p. 57).

La influencia de esta corriente crítica de la MSL-SC en la enseñanza de la Epidemiología estaba concentrada en nichos académicos específicos de Latinoamérica como el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro en Brasil, en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, de México, El Centro de Estudios y Asesorías en Salud de Ecuador, entre otros. Sin embargo, no era la corriente dominante en la Epidemiología en América Latina en el momento (Restrepo, 1993, pp. 57–60). Por lo menos en el Grupo de Epidemiología de la FNSP de finales de los ochenta no eran bien recibidas las propuestas de la MSL-SC; es más, la expresión “Epidemiología social” o “Epidemiología crítica” les generaba –les genera aún– abierto rechazo, según pude evidenciar en las entrevistas realizadas.

Eso no quiere decir que este movimiento no hubiese permeado el quehacer académico de la Facultad. Por el contrario, hubo importantes aportes desde el Grupo de Sociales de entonces, específicamente por parte del profesor Alberto Vasco y de la profesora Luz Estela Vásquez y, en medicina, el profesor Saúl Franco;

sin embargo, este fue el grupo académico más impactado por la violencia de la época. Luego, a mediados de los noventa, con la llegada de profesoras formadas en la UAM de Xochimilco, la Facultad de Enfermería comenzó a ofrecer la Maestría en Salud Colectiva.

Conclusión del capítulo

La transformación de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en el mundo pasa de la preocupación por las epidemias y del control de las enfermedades infecciosas con un vínculo fuerte con la microbiología, la estadística y la salud pública a un propósito de explicación y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. Si bien mantiene su soporte epistemológico y teórico en una mirada positivista y biomédica, se soporta ante todo en una visión probabilística de la estadística que le permite consolidar su concepto nuclear sobre el que se sustentarán sus demás desarrollos conceptuales y metodológicos: *el riesgo*. La pregunta causal sigue siendo central, pero desde entonces se asume desde la multicausalidad fundamentada en el concepto de riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Si bien en la primera mitad del siglo XX hay varias experiencias investigativas que alimentan este nuevo discurso, la conceptualización se va configurando y consolidando entre mediados de los años cincuenta y los ochenta con publicaciones claves de Lilienfeld, McMahon, Hill, Rothman y Greenland principalmente. En el contexto local, el libro de Colimon fue el primero en recoger los fundamentos de una Epidemiología moderna.

En el ámbito Latinoamericano, a partir de los objetivos propuestos en la Carta de Punta del Este que se relacionaban con acciones de Salud Pública, la Epidemiología comienza a cobrar un papel central para lograr las metas propuestas. Tomando como base los fundamentos teóricos y metodológicos de una Epidemiología moderna, se esperaba que el desarrollo disciplinar se enfocara más en el apoyo para la definición y planificación de los Sistemas y los Servicios de Salud y que contribuyeran a resolver poblacionalmente problemas de salud mientras que el énfasis de la Epidemiología Norteamericana estaba principalmente en profundizar la investigación etiológica, inicialmente, para entonces, de las enfermedades crónicas; lo cual marca una tendencia disciplinar diferencial en las prácticas en los dos ámbitos. Esto se evidencia tanto en las tres reuniones latinoamericanas que se hicieron durante el periodo sobre Epidemiología: la de 1965 en Puerto Rico, la de 1983 en Buenos Aires y la de Taxco en 1987. En resumidas cuentas, mientras en

Norteamérica el propósito disciplinar era descubrir las causas de las enfermedades, en América Latina era contribuir a la meta SPT-2000.

Hago referencia específicamente a la Epidemiología norteamericana porque era la principal influencia para la naciente Epidemiología en Colombia. Las escuelas de Harvard, Johns Hopkins, Carolina del Norte y Yale marcaron el desarrollo de la disciplina a comienzos de los años setenta, ya sea porque varios colombianos se formaron allá o por la participación de profesores invitados. En particular, Roy Acheson, de la Universidad de Yale, fue determinante en la configuración y aprendizaje de la Epidemiología en la Universidad de Antioquia.

Es posible identificar los siguientes momentos en la trayectoria de la Escuela y luego Facultad de Salud Pública durante los setenta y ochenta que se vinculan con maneras de entender la Salud Pública y la Epidemiología:

1) *Momento funcional* hasta 1975, donde había una Salud Pública funcionalista, en la que el rol de la Escuela era principalmente de formación de personal de acuerdo con las directrices que formulara el Ministerio. La relación estrecha entre Universidad y gobierno hace que la Escuela fuese un importante protagonista en la génesis del Sistema Nacional de Salud. Para entonces, la Epidemiología recibió su primer impulso académico con la configuración de un programa de Residencia, independiente de la maestría en Salud Pública, que le permitió comenzar su consolidación disciplinar en la vida académica de la Escuela a través del interés común de estudiantes y profesores por aprender Epidemiología y a su vez aprender a enseñarla.

2) *Momento funcional con reflexión política y académica* que corresponde a toda la decanatura de Emiro Trujillo entre 1975 y 1980. Se comienzan a generar conflictos entre la Universidad y el Ministerio por la defensa de la autonomía universitaria y un ejercicio reflexivo de la Salud Pública. En este contexto, se desmontó el programa de Residencia en Epidemiología y pasó a ser un énfasis en la formación del Magíster en Salud Pública, junto con la Planificación en Salud y la Salud Ambiental. Sin embargo, la Epidemiología traspasa las fronteras académicas de la Escuela y renueva el ejercicio disciplinar de la Seccional de Salud de Antioquia y luego del Ministerio de Salud, lo que consolida su institucionalización disciplinar.

3) *Momento de crisis institucional*, entre 1980 y 1986; época de gran turbulencia social, política y de seguridad en el país y la Universidad. Tanto el cambio de reglas de juego para la educación superior definido en 1980 como la profundización de la polarización política de derecha e izquierda en la Facultad y la ruptura definitiva entre la Universidad y el Ministerio de Salud, generaron una profunda crisis institucional, en donde la Facultad había ganado autonomía académica para la definición, organización y gestión de sus programas a costa de perder financiación, pero el clima laboral y

académico estaba seriamente deteriorado. Por supuesto, esta coyuntura afectaba al GEPI, pero su concentración específica en la enseñanza del método epidemiológico en la Especialización en Epidemiología (de nuevo un programa independiente) y en los demás posgrados, le permitió mantenerse a flote en medio del caos académico, administrativo y laboral. El Grupo de Epidemiología, adicionalmente, fue el principal promotor de la investigación en la Facultad.

4) *El momento de reconciliación y muerte* entre 1987 y 1989, paradójicamente mientras la Facultad logra reconciliarse y emite una *Doctrina de la Salud Pública*, como una postura académica, epistemológica y política, se ejecuta una campaña de exterminio de profesores y estudiantes de la Universidad de Antioquia que resiente la dignidad humana y frena la actividad académica deliberante en la Universidad. Los integrantes del GEPI continúan su concentración disciplinar y se mantienen al margen, cuando no desprecia abiertamente, las nuevas propuestas de opciones alternativas y críticas de las prácticas en Epidemiología que surgen en el contexto latinoamericano.

Capítulo 6. La Epidemiología en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (1990-2000)

En este capítulo se narran las condiciones que generaron la transformación del Sistema Nacional de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, cómo esta transformación afectó conceptualmente a la Salud Pública y la vida académica de la FNSP. Se muestra además cómo se adaptan las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP en ese nuevo entorno y las condiciones en que surge la Epidemiología Clínica en la Universidad de Antioquia.

Los noventa: Neoliberalismo y salud

Al comenzar los ochenta coinciden en el gobierno de los Estados Unidos y el Reino Unido, Ronald Reagan y Margaret Thatcher respectivamente. La coincidencia no fue solo temporal; desde su visión abiertamente conservadora, el capitalismo de la sociedad de bienestar estaba ya agotado y no permitía el crecimiento económico deseado. Para dinamizar la economía se basaron en las propuestas de Friedrich von Hayek, Nobel de Economía en 1974, y Milton Friedman, Nobel de Economía en 1976. Los cambios implementados se pueden resumir en los siguientes puntos: 1) conferir mayor libertad y poder al sector bancario y financiero; 2) disminución de los impuestos para los sectores más ricos de la población, y 3) descentralización del poder del Estado, lo que implicó desmonte de políticas de bienestar social, por una parte y, desregulación de las actividades comerciales por el otro. Este último punto implicaba reducir las barreras para liberar el comercio y dinamizar el mercado global, y permitir que los consumos relacionados con el bienestar como educación, salud, protección social, etc., fuesen liberados al mercado para poder ser transados como mercancías (Hobsbawm, 1998, pp. 403–415).

Para esta nueva derecha, el capitalismo de la sociedad del bienestar de los años cincuenta y sesenta, bajo la tutela estatal, y que ya no contaba con el sostén del éxito económico, siempre había sido como una subespecie de aquel socialismo [...]. La guerra fría de Ronald Reagan no estaba dirigida al “imperio del mal” exterior, sino contra el recuerdo de Franklin D. Roosevelt en el interior: contra el estado del bienestar igual que contra todo intrusismo estatal. Su enemigo era tanto el liberalismo [...] como el comunismo (Hobsbawm, 1998, p. 411).

Pero el frente no era solamente local, se necesitaban cambiar las reglas de juego del comercio internacional para promover una dinámica de “Globalización económica”, por lo tanto aprovecharon su liderazgo para imponer la misma doctrina económica y política a través de organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Waitzkin, 2015). Así describen Mario Hernández y Diana Obregón la situación en los países latinoamericanos:

Por su parte, en los países de América Latina, durante los ochenta, la mayoría tuvo una importante desaceleración del crecimiento económico, por eso le llamaron “la década perdida”. El crecimiento de los años anteriores se hizo a expensas de un inmenso endeudamiento externo que parecía imposible de pagar. Esa fue la excusa perfecta para que el “ajuste estructural” promovido por el FMI y el BM se impusiera sin mayor resistencia en la mayoría parte de los países de la región. La receta era aparentemente simple: abrir las economías a la inversión y a los productos extranjeros, recortar el gasto público para reducir así el déficit fiscal, impulsar nuevos mercados y exportaciones y controlar la inflación. Cada país asumió la tarea en momentos diferentes: Chile en los setenta, México en los ochenta, Brasil, Colombia y Argentina en los noventa (Hernández & Obregón, 2002, p. 243).

Durante los años ochenta, el BM realizó múltiples préstamos directos a los países de América Latina para estrategias sociales para “luchar contra la pobreza”. Entre esas estrategias apoyo con recursos procesos para financiar, reformar o fortalecer sus servicios de salud. Sin embargo, de manera sutil, las recomendaciones técnicas de los salubristas y planificadores de la OPS fueron paulatinamente reemplazadas por las de los economistas del BM.

En 1987, el BM publica “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la Reforma” (Banco Mundial, 1987). En este documento, escrito por investigadores del Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco, el BM hace explícita su estrategia para el sector salud centrada en elementos teóricos de la economía neoclásica (Hernández & Obregón, 2002, pp. 255–256). En adelante, la salud, o específicamente los servicios de salud serían tratados como bienes: unos privados y otros públicos; de tal manera que permitiera también establecer una nueva relación entre Estado y mercado. Los servicios de salud de carácter médico, preponderantemente curativo serían asumidos como bienes privados dirigidos a los individuos y sus familias, mientras que los servicios básicos poblacionales diseñados para evitar problemas de salud con altas externalidades como vacunación, programas nutricionales, programas de planificación familiar, saneamiento ambiental, control de vectores, prevención de

VIH/Sida, entre otros, se asumirían como bienes públicos y, al ser dirigidos para toda la población podrían ser financiados por el Estado en una nueva concepción de salud pública. Ante los altos costos que pudiera representar cubrir la atención médica para los individuos y las familias, los expertos proponían la estrategia de “protección del riesgo económico” mediante un sistema de seguros. Lo ideal es que fuese obligatorio para los trabajadores formales y voluntario para familias con más altos ingresos. La estrategia de aseguramiento haría más eficientes los sistemas de salud, abriría la participación del sector privado y, en consecuencia, reduciría el gasto público de los países, porque los servicios ya no se organizarían de acuerdo a una oferta para una población en un territorio definido sino a través de la demanda específica en una dinámica de mercado, en la que los privados competirían por medio de los seguros y de la prestación de servicios, lo que permitiría mejorar, supuestamente, tanto la eficiencia como la calidad. Para la población no trabajadora o que no tiene suficientes recursos para pagar un seguro, el Estado lo haría por ellas o pagaría directamente los servicios específicos que los atendieran según las personas lo demandaran, es decir un “subsidio a la demanda” (Banco Mundial, 1987).

El BM planteaba que al hacer más eficientes los sistemas de salud se reduciría su gasto y eso redundaría en las metas de ajuste fiscal que acosaban a los países de América Latina (Banco Mundial, 1987).

Para finales de los ochenta, Colombia se apoyó en los créditos del BM para trabajar el “Proyecto de Consolidación del SNS” que desembocó en la Ley 10 de 1990 que define en su artículo 1 que la prestación de servicios de salud “es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los niveles básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley” (Colombia - Congreso de la República, 1990). Su apuesta era la descentralización administrativa del sistema y el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) en coherencia con las propuestas técnicas hechas por la OPS para alcanzar la meta de SPT-2000 (Hernández & Obregón, 2002, p. 290). Sin embargo, la iniciativa del BM aparece madura y consolidada en 1993 con su Informe Invertir en Salud (Banco Mundial, 1993).

La crisis de la Salud Pública

Entre 1987 y 1991 se realizaron seis talleres convocados por la ALAESP, la ASPH y la OPS, para discutir sobre el estado de la Salud Pública en las Américas y definir los temas programáticos de trabajo para la OPS (Hernández & Obregón, 2002, p. 294). La última reunión se realizó en Nueva Orleans, Estados Unidos, en 1991 cuyo tema se denominó “La crisis de la salud pública”. Tanto las ponencias centrales como la memoria de la intensa discusión se publicaron en dos libros editados en 1992 y 1993 por la OPS alrededor del tema “la crisis de la Salud Pública” (Organización Panamericana de la Salud, 1992, 1993).

En Nueva Orleans, Carlyle Guerra de Macedo, brasileño, Director de OPS, muestra un amplio panorama de los cambios sociales, políticos y económicos que se están dando en el mundo y su relación con la salud, y llama especialmente la atención y su desacuerdo con las reformas neoliberales impulsadas por el BM en los países de América Latina:

No estamos por lo tanto en contra de las políticas llamadas de ajuste o estabilización. Sin embargo, sí tenemos grandes reservas y críticas sobre las diversas formas que han tomado las políticas de ajuste en la década pasada y en la presente, y en especial sobre cómo se han financiado y quién ha pagado los costos de estas políticas de ajuste [...] El nuevo ideologismo neoliberal pretende que una vez creadas [las] condiciones económicas para la producción, automáticamente ésta se traducirá en beneficios para la totalidad de la población. La experiencia histórica indica que no sucede así y que para alcanzar los fines sociales del desarrollo es preciso definir premeditadamente estos fines, buscándolos mediante una voluntad y movilización política (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. 239).

Aunque en la reunión de 1988 en Puerto Rico las Escuelas de Salud Pública habían ratificado su compromiso con la meta global de SPT 2000, centrada en la equidad social y en la estrategia de APS (Organización Panamericana de la Salud, 1992, pp. 32–34), las evidencias mostraban que realmente no se iba a lograr y esto hacía patente la crisis de la Salud Pública en las Américas: “entendida ésta como la incapacidad de la mayoría de sociedades de promover y proteger su salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieran; [por tanto, es necesario] una concepción de salud pública, no solo como un campo de profesionalización, sino como un deber del Estado, y sobretodo, como un compromiso de la sociedad con sus ideales de salud” (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. 3).

Para los asistentes, la crisis actual tenía las siguientes características: en primer lugar, la incapacidad de la salud pública de atender las necesidades sociales, dada principalmente por una escisión entre lo político y lo técnico; en segundo lugar,

insuficiencia de los modelos explicativos utilizados, entendiendo que la categoría esencial de la disciplina es la enfermedad, ampliar su ámbito, requeriría modelos explicativos tanto de las ciencias sociales como de las naturales; y, por último, una práctica circunscrita a la atención de la enfermedad y eventualmente a la prevención, “el sector salud se reduce a una red de servicios de atención médica y la salud pública a su administración” (Organización Panamericana de la Salud, 1993, pp. 235–236).

Las múltiples explicaciones dadas a la crisis por los expertos asistentes en la reunión fueron condensadas en tres grupos: el primero, de carácter teórico-epistemológico manifestada por “las limitaciones del paradigma dominante, [...] su dependencia del poder hegemónico, la medicina curativa y el pensamiento positivo-biologicista”; el segundo grupo es político: “para estos expertos los problemas fundamentales se relacionan con las posibilidades concretas de consolidar el poder necesario para llevar a cabo los cambios requeridos en el quehacer actual de la salud pública”; un último, es de carácter funcional: “problemas [...] en las funciones que se desarrollan a su interior. [...] Dificultades en la ejecución de las estrategias de APS, en la implementación de los SILOS y en la atención al medio ambiente”(Organización Panamericana de la Salud, 1993, p. 237).

Los cambios deseables propuestos apuntan a impulsar una transformación de la salud pública a través de: propiciar la producción de una teoría que incorpore la salud dentro de desarrollo social y que la defina claramente como un derecho de la comunidad; desarrollar y fortalecer las instituciones de formación e investigación en salud pública; renovar las concepciones y maneras de abordar la participación de la comunidad, y generar medidas que permitan humanizar y mejorar la calidad de los servicios de salud.

Dentro de las varias estrategias propuestas, me interesa particularmente resaltar una que tiene que ver directamente con la Epidemiología:

[...] será necesario reformular las categorías clásicas de la Epidemiología, dando mayor peso e importancia al quehacer investigativo, propiciando la búsqueda de nuevos conceptos explicativos.

La Epidemiología tradicional se concentra en describir usando las categorías de tiempo, lugar y persona. Será necesario reformularlas para concebir al tiempo como proceso histórico, al lugar no sólo como geografía sino como espacio social, y a la persona no sólo como edad y sexo, sino como ser humano en sus relaciones con la familia, con el grupo social y con la cultura.

Además, será necesario darle al tiempo, como historia, la posibilidad de conectar el pasado con el presente y el futuro, analizando el pasado para comprender el

presente y planear propuestas transformadoras y de acción social en la búsqueda de un futuro más humano” (Organización Panamericana de la Salud, 1993, p. 244).

Las conclusiones y recomendaciones de la reunión de Nueva Orleans ponen en evidencia dos caminos divergentes para la Salud Pública del momento: por un lado, la OPS y las Escuelas de Salud Pública de las Américas que, con diferencias entre ellas, consideran que la crisis puede ser superada en la medida que se fortalezca el rol del Estado, la descentralización y de la participación social, mediante la reorientación de las estrategias de APS y SILOS con miras a lograr la meta SPT-2000, pero sin dinero para apoyar sus recomendaciones académicas y técnicas; por el otro lado, está el BM con los recursos necesarios para apoyar reformas del sector salud en los países y con una propuesta técnica orientadas a introducir la estrategia de aseguramiento para la prestación de servicios de salud, ya sea por entes públicos o privados y con apenas una regulación estatal, su intención es lograr mayor cobertura, abrir un mercado competitivo de la salud y una mayor eficiencia que en consecuencia contribuya al control fiscal.

“No éramos tan poderosos”: La Ley 100 de 1993

César Gaviria fue presidente de Colombia entre 1990 y 1994. Aunque es posible que su mayor recordación sea por la guerra contra el narcotráfico (la entrega, fuga y muerte de Pablo Escobar) durante su gobierno sucedieron acontecimientos de la mayor trascendencia para la vida política, económica y social del país. En primer lugar, se redacta una nueva Constitución Política en 1991 y, en segundo lugar, se formaliza la instauración las políticas neoliberales a partir del proceso denominado “apertura económica” (Arias Trujillo, 2011).

Durante la Asamblea Nacional Constituyente se discutió tanto el tema de Seguridad Social como el de Salud. La FNSP envió como contribución para el debate los resultados del foro “Crisis y perspectivas de la salud en Colombia”²⁷, que realizó en Medellín con el apoyo del Ministerio de Salud y la OPS, junto con las conclusiones de un trabajo que ya se venía haciendo en la Facultad; sin embargo, al parecer, su propuesta no fue tomada en cuenta:

²⁷ Las ponencias presentadas en el evento fueron publicadas en el número 2 del volumen 12 de 1992 de la Revista FNSP (Facultad Nacional de Salud Pública UdeA, 1992)

Aquí se hizo una mesa de propuesta de un texto constitucional que incluyera lo de la salud y suponíamos que allá teníamos en la constituyente a Antonio Yepes Parra, se hizo un trabajo muy importante aquí en la Facultad, revisamos las constituciones de las Américas buscando como elaborar un buen texto sobre la salud para la constitución. Y lo enviamos a las mesas de discusión de la Asamblea Nacional Constituyente; pero... hasta el sol de hoy, porque en la Constitución quedó la salud como un servicio público, no quedó como un derecho fundamental, solo hasta ahora con la Ley estatutaria se está reformando y eso fue una pelea política que perdimos. Ahí se demuestra que no éramos tan poderosos, no fuimos capaces de incidir en la constituyente, siendo nosotros la única institución en Colombia que tenía posibilidades de generar discurso sobre salud pública en ese momento (Olaya-Peláez, 2014).

Una vez definida la salud como un servicio público en la Constitución de 1991, el año siguiente el Gobierno presentó un proyecto de ley para reformar el régimen pensional de corte privatizador que fue inicialmente mal recibido por el Congreso de la República y la opinión pública. En noviembre de 1992, el Gobierno presenta un nuevo proyecto de Seguridad Social, que, sin abandonar su espíritu privatizador en el tema de pensiones, incluye esta vez el asunto de la salud, con la intención de crear un sistema de subsidios. Desde ese momento hasta diciembre de 1993 se dio un amplio debate legislativo que desembocó en la Ley 100 de 1993 (Vega-Vargas, Eslava-Castañeda, Arrubla-Sánchez, & Hernández-Álvarez, 2012, pp. 61–62).

Las principales propuestas en pugna fueron: 1) la inicial del Ministerio de Salud, en ese momento liderado por Camilo González Posso, quien estaba en el Gobierno en representación del partido Alianza Democrática M-19 (AD-M19)²⁸, que proponía la creación de un seguro nacional de salud; 2) la segunda propuesta proveniente del Departamento Nacional de Planeación (DNP), elaborada principalmente por los economistas Juan Luis Londoño de la Cuesta y Nelcy Paredes, planteaba la creación de un modelo de aseguramiento individual que incluyera subsidios a la demanda para la población más pobre junto otro seguro para la población trabajadora y su familia, todo bajo la libre competencia entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, ya fueran estatales o privados. 3) La del Instituto de Seguros Sociales (ISS), institución dirigida por Cecilia López Montaña, del Partido Liberal, que proponía un seguro universal administrado por el ISS (Vega-Vargas et al., 2012, pp. 62–63); propuesta que venía siendo discutida y promovida por la Facultad Nacional de Salud Pública. Es más, para entonces se alcanzó a firmar una carta de intención entre el Rector, la Gobernación, la Alcaldía de Medellín, el Decano y el Representante de OPS para Colombia con el fin de crear

²⁸ Partido que se organizó luego de la desmovilización de la Guerrilla M-19 que había surgido durante el Frente Nacional.

un Centro de Estudios en Seguridad Social con el fin de promover acciones de docencia, investigación y asesoría en la materia (Gómez-Echeverri & Correa-Uribe, 1999, p. 103).

Los desacuerdos y el debate fueron tan intensos entre quienes proponían un sistema público universal y los defensores de la propuesta de aseguramiento universal que el tema de salud fue excluido del proyecto de ley 155 y fue pasado sólo como reforma de pensiones, razón por la cual fue vetado en la Comisión Séptima del Senado, que solicitó una reforma integral de la seguridad social. En consecuencia, el Gobierno convocó un grupo técnico liderado por Gustavo de Roux, Ministro de Salud e integrante de la AD-M19, y con la participación de Planeación Nacional, el ISS, el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social a quienes se les encargó la elaboración de un proyecto para la reforma del sector salud que lograra conciliar los sectores y propuestas en pugna. Sin embargo, las fuerzas en disputa pronto cambiaron cuando renunció Gustavo de Roux al Ministerio y fue reemplazado por Juan Luis Londoño, y Cecilia López Montaña se fue del ISS. Así las cosas, la construcción del proyecto se hizo alrededor principalmente de la propuesta original del DNP. Al final, para entonces:

[...] la mayoría de las propuestas contemplaba introducir la competencia entre agentes públicos y privados, establecer un plan de cobertura para la población pobre, además de mantener al Ministerio de Salud como ente rector de las políticas del sector. Las diferencias se manifestaron en temas como el aseguramiento, los planes de beneficio, los niveles de descentralización, la competencia, el nivel de los recursos públicos, los riesgos de generar selección adversa por parte de los aseguradores privados y los grados de participación que debían tener el Estado y el mercado (Vega-Vargas et al., 2012, pp. 65–66).

Pronto quedó descartada la opción de un seguro universal y al equipo se integraron los parlamentarios Álvaro Uribe Vélez y María del Socorro Bustamante, quienes fueron ponentes en Senado y Cámara de Representantes del Proyecto. La propuesta fue discutida en diferentes escenarios en diferentes ciudades del país con diferentes sectores y finalmente el Proyecto de Ley 155 se convirtió en la Ley 100 el 31 de diciembre de 1993. Con esta norma llegaba a su fin el SNS y se daba paso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que sería un sistema de aseguramiento con competencia regulada²⁹ (Vega-Vargas et al., 2012, p. 66).

²⁹ En resumen, el SGSSS se organiza en dos regímenes: Contributivo y Subsidiado. El primero corresponde a los trabajadores que, junto a su patrón, pagan obligatoriamente un porcentaje específico de sus ingresos, lo que le da derecho a un plan de beneficios llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). El Subsidiado corresponde a la población sin capacidad de pago, por el que el Estado pagará una prima específica a las administradoras de seguros, llamadas Empresas Promotoras de Salud, para que cubran los riesgos en salud de esas personas mediante un POS, originalmente más

En noviembre de 1993, un mes antes de la promulgación de la ley, el Ministro Londoño visitó al Decano de la FNSP y estuvieron trabajando a puerta cerrada un día completo para introducirle “algo de salud pública, algo de promoción y prevención a una ley que era sólo de seguros de salud” (Epi-UdeA3, 2015). En compensación por el apoyo el Ministerio se comprometió a que la Facultad tendría lugar con voz, más no con voto, en el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), se financiaría un gran evento internacional de promoción de la salud para el año siguiente y se buscarían los recursos para apoyar la formación de veinte profesores de la Facultad en salud pública y en Epidemiología, lo que el Decano denominó el “Plan Neurona” de la Facultad (Epi-UdeA3, 2015). Se hizo el evento y se celebraron los 30 años de la Facultad, se tuvo puesto en el CNSS, pero el Plan Neurona nunca se logró realizar y en un rincón de la Ley quedó el Plan de Atención Básica como estrategia poblacional para el control de los eventos que producían altas externalidades, es decir, a eso quedó reducida en una norma de aseguramiento la salud pública del país.

Así lee el profesor Byron Agudelo el impacto que tuvo la reforma en la vida académica de la FNSP:

Eso sacude mucho a la Facultad en lo académico y en lo político. Al interior, hay sectores académicos que se dedican a reproducir el verbo; el verbo que el sistema empieza a lanzar; algunos sectores ven un avance con el SGSSS. Es que hay unos espejismos dentro del SGSSS, unas trampas y yo creo que sectores de la Facultad cayeron ahí. A ver, primero, esa visión de "integralidad", que yo creo que es un sueño de los salubristas, ese sueño de la seguridad social europea del siglo XIX, el sueño de la cobertura universal; segundo, que iban a existir recursos, de hecho, ha sido así, se ha llegado a tener hasta el 10% del PIB el sistema, el asunto es que esos recursos son manejados de la manera como ya sabemos y que finalmente no se traducen en resultados en salud y en bienestar de la población, sino que hay unos fines de interés particular. Yo creo que esa parte no la vio ni la esperó nadie. Mejor dicho, la Facultad empezó a reproducir el SGSSS. Usted como epidemiólogo se formó en eso, usted llegaba al aula y el verbo del sistema era la salvación: por los recursos, por la cobertura universal, por la integralidad, por el manejo de los riesgos (que tanto gusta a los epidemiólogos), por la diversidad institucional, pues permite la aparición de nuevos actores institucionales como las EPS. Pero fíjese que hay campos de la salud pública que se vieron amenazados en el saber y en la práctica, por ejemplo, el de la planificación que prácticamente desapareció; y en el

restringido que el del Régimen Contributivo (asunto que 15 años después la Corte Constitucional declaró inconstitucional). Los recursos llegan a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas por vía del pago que hacen los aseguradores de acuerdo a la población que cada servicio haya atendido, es decir un reemplazo del subsidio a la oferta del Sistema Nacional de Salud por un subsidio a la demanda en el SGSSS. Es decir, tanto las EPS debían competir para afiliar más población, como las IPS por prestar más servicios.

caso de la administración en salud que fue reemplazado más por la gerencia. Aparecen programas de formación en el país, y en la Facultad, como: especialización en seguridad social, en desarrollo empresarial en salud, en gerencia de la salud, en auditoría, en calidad, etc. Toda esa diversidad de programas surge en el contexto de la reforma. Y sin duda, económicamente, la Facultad se nutre de eso (H. B. Agudelo, 2015).

La reflexión que hace hoy Álvaro Franco, Decano de la FNSP entre 1995 y 1998, del proceso de reforma y sus implicaciones en la vida académica es:

Fue un periodo de mucha confusión. Para mí el error de la FNSP y de muchos sectores de la sociedad fue no entender el cambio a tiempo. Para nosotros, entender el cambio a tiempo hubiese implicado tener y hacer una concepción académica distinta. La Facultad venía de formar desde sus inicios los burócratas del sector salud, rol que comenzó a cambiar en los ochenta cuando se perdió la financiación y el vínculo con el Ministerio. En los noventa, desde el diseño de la Ley, la Facultad intentó hacer dos cosas nuevas: montar programas gerenciales y configurar una cosa, que yo dirigí en su principio, que fue el Centro de Seguridad Social, como para tratar de adaptarse o servir en el nuevo contexto. Lo que pasa es que cuando fuimos entrando en el tema, la concepción de seguridad social era muy distinta a la que manejaba en la Reforma. Nosotros pensábamos en la vía de Beveridge, en Inglaterra, y de Bismark, en Alemania, y ese no era el espíritu que impulsaba Ley 100³⁰. Al menos nos sirvió para dar el debate, la crítica. El otro tema fue la aparición del gerencialismo que permea la formación y lo asume plenamente la competencia, como las universidades CES y EAFIT, que se montan en el gerencialismo y en la economía de la salud y han sido muy útiles al modelo de la Ley 100, porque la Facultad no hizo eso... no del todo... ideológicamente no podía, porque era ponerse al servicio de los intereses del mercado, de la privatización y de la negación de la salud. Esa crítica la comenzamos en los noventa y la hemos venido consolidando en los últimos años. Sin embargo, yo fui quien propuse que esta facultad tenía que trabajar en gerencia y economía de la salud, porque así no fuera la apuesta era necesario tener claridad en ese sentido para poder dialogar con el entorno.

Había un dilema ahí, y sigue siendo muy fuerte, era servir a los intereses del nuevo modelo o plantarse francamente en oposición y buscar la alternativa de los movimientos sociales. Yo creería que pasó de todo un poquito o ni lo uno ni lo otro [risas], porque a la Facultad le faltaba, y le falta, consistencia, fuerza de masa, de grupo en nuestras concepciones ideológicas y sociales. Había mucha gente que no encontraba un liderazgo y un norte por donde seguir y entonces la Facultad se desagrega, se desarticula en mil partes desde el punto de vista ideológico y sobretodo de su quehacer.

³⁰ Cuando ya era Decano, Álvaro Franco publicó en la Revista FNSP un artículo que recoge su postura académica sobre la Seguridad Social, la Salud Pública y la Ley 100 (Franco Giraldo, 1995).

Por otra parte, la andanada que se daba en toda Latinoamérica de acabar con lo público, de reducirlo a su mínima expresión y, por supuesto, para muchos, tanto la salud pública como la FNSP se acabarían, era una obviedad. Desde que fui Decano planteo que lo que había que hacer era reconstruir lo público, redefinir qué es lo público, porque lo público nunca se acabará, aunque el Estado se reduzca, se vuelva completamente corporativista y centrado en los intereses privados y del mercado. Lo público ha de estar en las gentes, entonces reconstruyamos el concepto de lo público alrededor de las gentes. En eso se ha venido avanzando y ahora lo tengo absolutamente claro. No es que la salud pública se tuviera que alejar del Estado, sino que el Estado lo habían reducido tanto que nos quedamos por fuera” (Á. Franco, 2015).

En conclusión, la comunidad académica de la Facultad sí conoció y participó en el proceso de reforma, sin embargo, sus posiciones ideológicas y académicas distaban de las que fueron fundamento de la Ley 100. Una vez comienza la implementación de la Ley, la FNSP entra en un periodo de confusión, pues pasó de ser el nicho académico que soportó el diseño del SNS y de tener una gran influencia en el Ministerio de Salud a ser un invitado con voz, pero sin voto en el CNSS, el cuál era el organismo decisorio de la política y la implementación de la reforma. Una reforma que la FNSP tardó en comprender, tanto como tardó en definir su posición frente a ella, además de afectar curricularmente sus programas de formación, pues el perfil de sus egresados no necesariamente correspondía a las necesidades del nuevo sistema:

Eso implicó una ruptura con los servicios de salud porque ya no les interesó seguir vinculando epidemiólogos en las regiones, ni salubristas en la dirección del sistema ni en las nuevas EPS, eso ya pasó más a ser un asunto de “gerencia”. Las cabezas en los servicios y las instituciones se movían más por la lógica gerencial que no era la dinámica del salubrista formado que llegaba a la coordinación técnica o a la dirección de un servicio de salud con un pensamiento poblacional (María Patricia Arbeláez, 2016a).

Desde los noventa, la Facultad le ha apostado más a un enfoque curricular institucional que a uno de cercanía a la población, creo que, en parte, pues, porque las disciplinas [la salud pública y la Epidemiología] así están estructuradas, pero en parte también porque la coyuntura política de los noventa y la conformación académica desde entonces dentro de la Facultad posibilitaron eso (SP-UdeA5, 2016).

La Epidemiología de la Universidad de Antioquia en el nuevo contexto del SGSSS

Comenzando los noventa, el Grupo de Epidemiología y su programa de Especialización en Epidemiología estaban muy bien posicionados. Por una parte, los egresados tenían una importante presencia en el SSSA y cumplían a cabalidad las labores de vigilancia epidemiológica, apoyo en la toma de decisiones e investigación. Eso permitió, por ejemplo, la rápida reacción y control del brote epidémico de cólera en la región del Urabá, brote proveniente de Perú y que se extendió por las costas de Latinoamérica en 1991 (Equipo de Salud del Hospital San José de Turbo SSSA, 1991). Los egresados también estaban en otros servicios de salud del país y del exterior, así como también hacían parte de la academia, lo que ayudó en la conformación de la Asociación Colombiana de Epidemiología, cuyos miembros eran la mayoría egresados de la Universidad de Antioquia o de la Universidad del Valle. La Asociación realizó un taller en Bogotá agosto de 1991 sobre Identificación de Necesidades en Epidemiología en Colombia que concluyó que el desarrollo de la Epidemiología era fundamental para los cambios que requería el país en salud, por lo tanto, decía la Asociación, “consideramos que la vinculación de epidemiólogos de carrera en los niveles departamentales y nacionales contribuirá a mejorar la capacidad de análisis en la evaluación de la situación de salud para la toma de decisiones” (Restrepo, 1993, p. 68).

Por otra parte, a pesar de las dificultades internas de la Facultad durante los años ochenta, la Especialización siempre fue bien valorada por sus estudiantes y egresados. Por lo que el Grupo de Epidemiología (GEPI) presenta a la Universidad la propuesta para hacer la maestría, la cual fue aprobada por el Consejo Académico en 1991 y reglamentada mediante Resolución Rectoral 303 del 30 de enero de 1992 con el objetivo de: “Capacitar personal que esté en capacidad de planear, ejecutar y evaluar programas de Epidemiología, con miras a lograr una permanente transformación del quehacer epidemiológico, y, contribuir a la prestación de servicios efectivos de salud a la comunidad en cualquiera de los niveles de la estructura de la salud pública del país; esto, mediante la ejecución de acciones de investigación, docencia y servicio”.

En 1991 también publicada la primera edición del libro Curso Modular de Epidemiología Básica (Flórez & Mazuera del Hierro, 1991), editado por los profesores del GEPI, John Flórez y María Eugenia Mazuera del Hierro, y que fue escrito con la participación de casi todos los profesores del Grupo. Llama la atención la autoría del Módulo 1: “Proceso Salud Enfermedad” por parte de Alberto Vasco, profesor del Grupo de Ciencias Sociales, militante del movimiento de Medicina Social Latinoamericana, movimiento por el que no tenían mucha simpatía los miembros del GEPI. Pero como dice el profesor Byron Agudelo:

Alberto Vasco era como una bola de goma, que a todo se le pega. Era una persona querida y respetada por todos en lo personal y en lo académico: cercano a la gente de las ciencias sociales, a las de las áreas administrativas, a los epidemiólogos. Y fue con los epidemiólogos quien contribuyó mucho a darle carácter institucional al Centro de Investigaciones de la Facultad (H. B. Agudelo, 2015).

El Curso modular tenía como intención “capacitar en elementos conceptuales sobre aspectos básicos y aplicaciones de la Epidemiología, para el análisis crítico y comprensión del proceso Salud-Enfermedad, que permita cada vez más involucrar la práctica epidemiológica en el quehacer diario del profesional de la salud” (Flórez & Mazuera del Hierro, 1991, p. 13). Lo probaron con grupos profesionales, no epidemiólogos en la ciudad de Armenia y fue un éxito, fue muy bien evaluado por los participantes y varios de ellos luego optaron por formarse como epidemiólogos. Finalmente se convirtió en el texto guía del curso básico de los programas de maestría en la Facultad (Epi-UdeA4, 2016).

Entre el 29 y 31 de octubre de 1992, la FNSP organiza las Terceras Jornadas Nacionales de Epidemiología en Llanogrande, Rionegro, Antioquia. El tema central de las Jornadas fue La Epidemiología aplicada a los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Parte del debate que se dio en el evento fue publicado en la Revista Facultad Nacional de Salud Pública en el segundo ejemplar del volumen 12 en 1993, junto con otros escritos de profesores de la Facultad sobre el objeto de la salud pública y su relación con la Epidemiología. En general, los textos coinciden en la salud de las poblaciones como objeto de la salud pública y ponen a la Epidemiología como disciplina al servicio de la salud pública y la gestión de los SILOS, pero se muestran las divergencias entre posturas funcionalistas de la Epidemiología y la salud pública, pensadas en el marco del SNS y la OPS, como fueron las presentaciones de Elkin Martínez, Helena Restrepo y Luis Fernando Duque (Duque Ramírez, 1993; Martínez López, 1993; Restrepo, 2015b); y otras críticas, en sintonía al movimiento de la Medicina Social Latinoamericana como las de la profesora Luz Estela Vásquez Ochoa y Saúl Franco (S. Franco, 1993; Vásquez Ochoa, 1993). Vale la pena resaltar las conferencias del Doctor Milton Terris, Profesor de New York Medical College y Editor del Journal of Public Health Policy. El Dr. Terris advierte en sus presentaciones sobre el fenómeno creciente en el mundo de reducción del presupuesto público en salud y la tendencia a la privatización del sector y su impacto negativo en el quehacer de la salud pública y la Epidemiología (Terris, 1993a, 1993b); de manera similar lo expuso Alfredo

Turizo para el contexto nacional que se encontraba en plena discusión de la reforma del sistema de salud (Turizo Callejas, 1993).

Al igual que Elkin Martínez y Luis Fernando Duque, la posición de los demás miembros del Grupo a comienzos de los noventa era similar; defienden la tradición epidemiológica moderna centrada en el concepto de riesgo y fundamentada en principios del positivismo, la cuál podría ser aplicada en los diferentes escenarios que la salud pública o la clínica exigiera. En consecuencia, descartan como Epidemiología, las reflexiones propuestas de “Epidemiología social” o “Epidemiología crítica” planteadas por diferentes autores del movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva. De manera similar sucede con la investigación cualitativa en salud que comienza a ser discutida y aplicada en la Facultad.

[...] pero aquí ha llegado lo que llaman la “Epidemiología social”. Buenísima, yo digo como intención, excelente. Porque ya no es la búsqueda de los factores biológicos y personales que afectan la salud sino de los factores sociales para ver cómo inciden en la salud de las personas. Esa búsqueda me parece excelente, pero esa búsqueda hay que hacerla de una manera muy responsable, con mucho conocimiento porque la Epidemiología social es muy exigente para que pueda ser Epidemiología; es decir, para que pueda ser ciencia. Ciencia es mostrar esas realidades sociales en relación con la salud y que no se pierda la Epidemiología y no se vuelva pues en un asunto parroquial y político de buenas intenciones, de *bla bla bla*. Eso ya no es Epidemiología, eso ya es otra cosa ¿cierto? Serán aficiones personales, opiniones, etc. En los epidemiólogos sociales y en los investigadores cualitativos hay una cierta postura en contra de lo cuantitativo en Epidemiología, de los métodos cuantitativos y yo creo que eso es peligroso; peligroso porque aún en lo social, dijéramos, se necesita del método, de la misma estadística, de la validez y la confirmación de los datos, etc., etc. De modo que yo sí he sentido un cierto rechazo de lo cuantitativo y vamos a hacer una Epidemiología distinta que no tenga que ver con lo cuantitativo y ahí yo creo que empieza a perderse la esencia de la Epidemiología. Eso será otra cosa, pero no una Epidemiología seria (Epi-UdeA5, 2015).

Por eso, para mí fue ridículo cuando apareció la “Epidemiología social” porque para nosotros la Epidemiología era una sola. Los ingleses siempre han considerado lo social como parte de la Epidemiología y lo trabajan, lo cuantifican. Entonces, años después, eso de la Epidemiología social nos pareció muy latino, tratar de desmontar lo otro y tratar de montar nuestras propias ideas montándose encima del otro, cuando en realidad debiéramos complementarnos. Eso fue muy importante luego porque generó choques entre nosotros, los que hablaban de Epidemiología social nos llamaban "epidemiólogos empíricos", en forma despectiva, y para nosotros ellos eran sociólogos, realmente. Eso generó roces que

con el tiempo se fueron depurando y terminó siendo la expresión de la investigación cualitativa en la Facultad (Epi-UdeA3, 2015).

La carga de la Enfermedad como insumo para el SGSSS

Después de la Jefatura del Centro de Investigaciones en los ochenta, el profesor Juan Luis Londoño se concentró en sus actividades docentes con el GEPI, participó de varios proyectos y cursos para Salud Ocupacional y comenzó a escribir un libro de Epidemiología. Luego, a comienzos de los noventa, lideró el cambio de especialización a maestría en Epidemiología y en 1994, luego de la presentación de unos resultados de investigación, el Decano, Germán González, lo busca y le dice: “me llamó su tocayo, el Ministro de Salud y me dijo que quiere que usted le ayude con un proyecto que se llama La carga de la enfermedad, que es una metodología nueva, adoptada por el Banco Mundial”. El profesor Juan Luis Londoño acepta y se traslada durante ocho meses a Bogotá.

Yo me fui a trabajar en ese proyecto grande, en un momento muy difícil, con oposición de los mandos medios del ministerio, pleno inicio de la transición de la Ley 100, fue muy difícil pero muy enriquecedor. Yo me fui inicialmente por cuatro meses, pero Juan Luis Londoño, el de allá, no se dio cuenta que la metodología de la carga de la enfermedad exigía mucho más de lo que él pensaba, exigía mucha información epidemiológica, mucha consulta, entonces era imposible en cuatro meses. Se prolongó a ocho meses.

Yo invité a una estudiante mía, egresada de la Maestría en Epidemiología, Patricia Giraldo, pero ya estaban contratados por el Ministerio Jesús Rodríguez, un cubano, que ahora es profesor de la Javeriana; y Henry Gallardo, médico recién egresado de la Javeriana, muy entusiasta, que ahora tiene un cargo muy alto en la Fundación Santafé de Bogotá. Empezamos a trabajar tirados en media manga. Nosotros estábamos en alguna dirección del Ministerio bajo la supervisión de una directora que no tenía ni idea del proyecto ni le interesaba. Mejor dicho, ni funcionaba ni dejaba funcionar. Y así fue casi todo el tiempo con mucha gente del Ministerio, había una resistencia muy grande a los cambios que se venían y también al Ministro Londoño.

El estudio era muy importante porque se estaba reglamentando la Ley 100 y había que determinar el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para lo cual la carga de la enfermedad era clave porque indicaba por qué los colombianos perdían años de vida saludable. Ese era un insumo que necesitaban consultar “los expertos”, a los que yo nunca conocí, pero mandaban al piso en el que yo estaba trabajando a pedirme resultados. De manera inmediata, el estudio alimentó eso. Después creo que ha servido, porque permitió orientar la organización de los servicios de salud de las diferentes regiones del país para mirar su carga de enfermedad.

Luego en agosto hubo cambio de ministro porque dejaba la presidencia Gaviria y asumía Samper y la oficina jurídica del Ministerio me notificó que no podía seguir allá por un asunto de la ley de contratación. Cuando ya estaba empacando cosas para venirme, me citaron y me dijeron que el ministro quería tener una reunión con los del equipo de La carga de la enfermedad. Fuimos a un salón, ahí estaba el ministro Alonso Gómez, que entre otras fue uno de los médicos privados de Samper, anestesiólogo e intensivista, y me dijo: “yo quiero que este proyecto siga en el Ministerio, que esto sea una cosa continua para estudiar la carga de la enfermedad hacia el futuro en el país por regiones y por departamentos”. Entonces yo le dije, “señor Ministro, a mí me han dicho que no se puede”. Él se enojó mucho, yo no entendí, pero a mí no me convenía, yo estaba en una comisión no remunerada y se lo dije, que tenía que volver y me vine. Allá en el Ministerio se tragaron o se consumieron o se desviaron los fondos que habían adjudicados para el proyecto que estaban en una fiducia con destinación específica, yo no supe qué pasó con eso. Y así se acabó el proyecto de la carga de la enfermedad (Londoño-Fernández, 2015).

Esta experiencia del Profesor Londoño es un ejemplo de la adaptabilidad de la disciplina al contexto del nuevo SGSSS. Pues al considerar el ejercicio epidemiológico como neutral su aplicabilidad es definida por el contexto y no por el investigador quien debe centrarse principalmente por la validez y confiabilidad de la investigación y por su adecuada ejecución. La ética del investigador se define por la correcta aplicación del método de acuerdo al canon establecido para la disciplina. Adicionalmente, se pueden rastrear valores compartidos entre disciplinas que se inscriben en el “individualismo metodológico” (ver capítulo 3.2) como son la Epidemiología y los enfoques utilitaristas de los modelos de aseguramiento.

Al regreso a Medellín, fue muy bien recibido el Profesor Londoño y su trabajo por el GEPI y por la comunidad de la Facultad. A los pocos meses salió publicado su libro Metodología de la investigación epidemiológica, editado por la Universidad de Antioquia (Londoño-Fernández, 1995) que desde entonces ha tenido una amplia divulgación y recepción en el ámbito académico latinoamericano.

La Maestría en Epidemiología entre la arrogancia disciplinar, la apertura y la funcionalidad

María Patricia Arbeláez, médica egresada de la Universidad Pontificia Bolivariana y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Antioquia, se va a

estudiar becada el Doctorado en Epidemiología en Johns Hopkins en 1991, a los pocos meses de haber ingresado como docente al GEPI de la FNSP por concurso de méritos. A su regreso, en 1995 recibe la Coordinación de la Maestría en Epidemiología. Para entonces ha comenzado el retiro por jubilación de varios de los profesores del GEPI y eso le generaba angustia por el reto que implicaba para ella liderar el Grupo:

En Estados Unidos, yo veía en Álvaro Muñoz, por ejemplo, un papá, y la comunidad académica de Hopkins me jalonaba. En cambio, al llegar sentí que la línea era la que yo traía y que yo ya no tenía quien me jalara, sino que me tocaba jalar a mí. Sentía que el método epidemiológico tenía muchos límites y que la Epidemiología no se podía arrojar el liderazgo de la salud pública, como pasaba en Hopkins y se creía aquí en Colombia, que había que bajarle el perfil. Me explico, me parecía muy arrogante que se asumiera que la única manera científica y válida para abordar el entendimiento del proceso salud-enfermedad fuese el método epidemiológico. Era aceptar que ese límite estaba y que la Epidemiología contribuía pero que no era toda la salud pública ni era todo el conocimiento científico de la salud pública.

Entonces yo llegué muy confundida y busqué a la profesora Luz Estela Vásquez y le dije: “Luz Estela, yo estoy muy confundida, yo no sé si necesito un psicólogo o un filósofo para entender para donde es que van las ciencias o para dónde es que voy yo”. Porque aquí en este *maremagnum* de cosas no sé qué camino coger. Ahí fue cuando me contacté con Jorge Antonio Mejía quien me puso a estudiar bases filosóficas de las ciencias. Yo nunca logré ese cometido, pero charlar con Jorge Antonio y Luz Estela me hizo entender que las ciencias y el conocimiento científico tendían hacia una apertura, y por lo tanto era necesario que la Epidemiología se abriera a otras ciencias, a otras maneras de entender (María Patricia Arbeláez, 2016a).

Pero no era María Patricia Arbeláez la única que tenía inquietudes similares; el mismo año de su regreso a Colombia, la prestigiosa revista *Science* publicó un informe especial titulado “La Epidemiología enfrenta sus límites” (Taubes, 1995). En este reportaje, Gary Taubes describe que la Epidemiología es una disciplina científica esencialmente observacional y no experimental, lo que le impone unos retos metodológicos y éticos importantes para valorar potenciales factores de riesgo. Su principal reto es lidiar permanentemente con los sesgos y con la confusión y la interacción. Según el autor, los reportes epidemiológicos están llenos de factores de riesgo establecidos por asociaciones débiles que pronto muchas son desmentidas argumentando sesgos o modificaciones del efecto por otras variables, lo que produce como consecuencia una “epidemia de ansiedad” en el público, pues todo termina siendo factor de riesgo para todo y, todo, a su vez, es desmentido al

día siguiente. De allí salen recomendaciones tímidas o débiles intervenciones en salud sobre dudosos factores de riesgo, pero que prescriben sobre el comportamiento de la gente: restricciones de consumos, sanciones sociales por comportamientos, etc.

“Nos estamos convirtiendo rápidamente en una molestia para la sociedad. [...] La gente ya no nos toma en serio, y cuando nos toman en serio, podemos involuntariamente hacer más daño que bien”, responde en el reportaje Dimitrios Trichopoulos, profesor de Epidemiología de Harvard (Taubes, 1995, p. 164). Por tanto, se asume que, a la final, “con la Epidemiología tú puedes decir pequeñas cosas de una gran cosa”, según Michale Thun, epidemiólogo, investigador emérito de la Asociación Americana de Cáncer (Taubes, 1995, p. 164).

Mientras Philip Cole, de la Universidad de Alabama, considera que los sesgos y los confusores son la plaga sobre la casa de la Epidemiología, para Keneth Rothman, Editor de la revista *Epidemiology* y Profesor de Harvard, son su esencia; son por ellos que la Epidemiología tiene sentido: “Estamos empujando el borde de lo que se puede hacer con la Epidemiología” (Taubes, 1995, p. 167).

Para Gary Taubes, el autor del reportaje, las posiciones dentro de la misma disciplina están divididas e incluso enfrentadas, pues para unos, como Rothman, la Epidemiología del factor de riesgo es una ciencia joven que le llevaría tiempo madurar; para otros, salvo que se presente un gran salto metodológico o epistemológico, la Epidemiología no logrará su madurez como ciencia y su conocimiento seguiría siendo débil, fragmentario y polémico (Taubes, 1995, p. 169).

Dos años antes, el 28 de octubre de 1993, Naomar Almeida-Filho, médico epidemiólogo brasileño de la Universidad Federal de Bahía, había dictado una conferencia titulada Los desafíos de la Epidemiología Latinoamericana en el II Congreso Chileno de Epidemiología. En esta conferencia Almeida-Filho hace un recuento de la trayectoria de la Epidemiología en América Latina y cómo se relaciona con el contexto socio-político de la región. Indica cómo desde la década de los setenta surge el movimiento de Salud Colectiva como alternativa a las propuestas de intervención asistencialista provenientes de la Salud Comunitaria, la Medicina Preventiva norteamericana y la Epidemiología moderna o, como la llama Almeida, convencional:

“En los países del Norte, [...] la Epidemiología convencional se ha autolimitado en su capacidad de revelar problemas. La investigación epidemiológica parece reducirse al testeado de hipótesis obvias, triviales y de bajo impacto sobre la salud de las colectividades. El desarrollo teórico de la disciplina se ha basado en conceptos

problemáticos y parciales, dejando de debatir críticamente la naturaleza y propiedades de su objeto de conocimiento” (Almeida-Filho, 1994, p. 30).

Plantea que el conocimiento de la Salud Colectiva se fundamenta disciplinarmente en las Ciencias Sociales y en la Epidemiología; ésta última asumida desde una perspectiva “crítica” y resalta el aporte hecho, desde la década de los setenta, por Asa Cristina Laurell, en México, Jaime Breilh, en Ecuador, y Pedro Luis Castellanos, en Venezuela.

Para Almeida, el reto de la Epidemiología en América Latina es que sea capaz de construir una propuesta alternativa ante la insuficiencia, tanto teórica como práctica, de la Epidemiología del factor de riesgo, frente a las realidades múltiples de los escenarios de la región. Lo que no significa un abandono a lo construido sino una ampliación, una invitación a la transdisciplina, alimentándose, en buena parte, de las reflexiones como de los métodos de las Ciencias Sociales. Dice Almeida:

El desafío para nosotros, epidemiólogos latinoamericanos, será la renovación de la Epidemiología, así recuperada como una disciplina de la salud pública. [...] Ese esfuerzo deberá resultar en la construcción de nuevos modelos conceptuales, donde la salud sea una expresión de las condiciones de vida, recuperando en este campo a la dinámica de las interacciones sociales, fundamentando así estrategias de intervención más adecuadas y efectivas.

En la actualidad asistimos a cambios y desarrollos en la mayoría de las ciencias que tradicionalmente o en forma más reciente, sirven de base para la Epidemiología y la salud pública. Nuevos modelos teóricos de la realidad, paradigmas científicos, desarrollos metodológicos y tecnologías, han transformado significativamente la capacidad de entender y operar sobre la naturaleza y los procesos sociales.

[...] La cuestión de las fronteras disciplinarias y, correlativamente, de las transdisciplinariades se encuentran en la constitución histórica de la Epidemiología como ciencia responsable por la formulación del discurso científico sobre salud-enfermedad en el ámbito colectivo. [...] Transdisciplinariades no es un fin en sí mismo. Es fundamental una postura crítica y reflexiva capaz de explicar las conexiones del saber y el poder, o sea, las implicaciones y determinaciones políticas y económicas de la producción del conocimiento científico (Almeida-Filho, 1994, pp. 31–32).

En esto estaba la discusión disciplinar en el momento en que María Patricia Arbeláez asume la Coordinación de la Maestría en Epidemiología de la FNSP. Inicialmente, su esfuerzo se concentró en modificar la concepción de la maestría y

adaptarla a las directrices normativas definidas por la Ley 30 de 1992, que definía los “Fundamentos de la Educación Superior”. En su artículo doce dice que:

Los programas de maestría, doctorado y post-doctorado tienen a la investigación como fundamento y ámbito necesarios de su actividad. Las maestrías buscan ampliar y desarrollar los conocimientos para la solución de problemas disciplinarios, interdisciplinarios o profesionales y dotar a la persona de los instrumentos básicos que la habilitan como investigador en un área específica de las ciencias o de las tecnologías, o, que le permitan profundizar teórica y conceptualmente en un campo de la filosofía, de las humanidades y de las artes” (Colombia - Congreso de la República, 1992).

El reto para María Patricia Arbeláez, como coordinadora de la Maestría era, por una parte, fortalecer la investigación en el proceso formativo de la maestría a expensas del componente aplicativo de la especialización, por una parte, y por otra, introducir elementos curriculares que le permitieran al estudiante tener una concepción más amplia y plural de la disciplina más allá de los métodos epidemiológicos y enmarcada y al servicio de la salud pública. Como política del GEPI se definió que en Medellín se ofrecería solamente la maestría cuyo énfasis era la investigación y la especialización sería ofertada en otras ciudades del país, como Bogotá, Manizales, Ibagué y Montería, con el fin de apoyar la gestión de los servicios de salud en esas ciudades y departamentos.

María Patricia Arbeláez, recuerda los cambios sucedidos:

En la Maestría reemplazamos los créditos de práctica por créditos en investigación y empezamos a incorporar en la investigación a los métodos de las ciencias sociales para que las ciencias sociales no fueran solo una forma de comprensión del contexto en el que se daba la salud pública, sino poder desarrollar en la maestría elementos investigativos a partir de ellas que pudieran incorporarse. Se introdujo entonces un curso de Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales; era un curso de investigación cualitativa, con la intención de hacer una apertura a otras maneras de aproximarse al conocimiento que se requería para resolver problemas de la salud de las poblaciones. Eso se hizo intencionalmente (María Patricia Arbeláez, 2016a).

Los cambios curriculares se hicieron, aunque no necesariamente fueron fruto de una posición consensuada. Doracelly Hincapié y Martha Gaviria, egresadas de la maestría, quienes venían de tener una importante experiencia en la Secretaría de Salud de Bogotá y en el Ministerio y apoyaron decididamente la transformación y

fueron coordinadoras del programa después de María Patricia Arbeláez; durante su gestión introdujeron elementos de participación de otras áreas académicas de la Facultad que permitieran al estudiante valorar ámbitos de aplicación del saber epidemiológico. Sin embargo, varios de los profesores del GEPI con mayor antigüedad no estuvieron de acuerdo del todo, consideraban que se perdía la especificidad de la Epidemiología de tal manera que sería muy similar a la maestría en salud pública, adicionalmente, no estaban convencidos ni del valor científico ni de la utilidad de la investigación cualitativa. Finalmente, el cambio se dio porque la propuesta fortalecía el componente investigativo, que era de interés de todos, y porque la formación básica en Epidemiología y estadística no se debilitaba, por el contrario, se hizo más rigurosa y se incorporaron nuevos elementos al currículo como los cursos de estadística multivariada y métodos avanzados en Epidemiología, que si bien se venían aplicando en algunas investigaciones desde finales de los ochenta hasta ahora se incorporaban formalmente en el currículo.

A pesar de los cambios, la reforma que deseaba María Patricia Arbeláez, para entonces coordinadora del GEPI, era más ambiciosa; implicaba transformar la manera de concebir la disciplina a partir de la reflexión de su propio objeto –el proceso salud-enfermedad en las poblaciones– al interior de los procesos de formación en Epidemiología de la FNSP, sin que eso implicara el abandono de su tradición metodológica; por el contrario, proponía comenzar a construir puentes con otras disciplinas que confluyeran sobre el objeto y su propósito de transformación de los problemas de salud de las poblaciones. Sin embargo, las circunstancias internas del GEPI en que se comenzó a trabajar la propuesta, las dinámicas que vivía el sistema de salud colombiano y las corrientes dominantes de la formación en Epidemiología del mundo, no lo permitieron. Así valora Martha Gaviria el proceso vivido:

Era un sueño de Patricia, Doracelly y yo. Nosotras soñábamos con una formación secuencial en Epidemiología –al menos con la especialización y la maestría– transdisciplinar, al servicio de la salud pública y en diálogo con otros saberes. No pensábamos para nada todavía en el doctorado.

Para nosotras la Epidemiología no era una disciplina nutrida de pedacitos de otras disciplinas y tan arrogante para atribuirse como la “ciencia” de la salud pública. Nosotras queríamos que la Epidemiología, que nuestra maestría se pensara sobre la base del proceso salud-enfermedad en las poblaciones y a partir de ahí responder qué es lo que tiene que hacer un epidemiólogo para contribuir a solucionar problemas en ese ámbito. Comenzamos a pensar y a estudiar entonces sobre complejidad y transdisciplina.

Queríamos que la maestría se pensara y construyera sobre la reflexión del proceso salud y enfermedad, para respondernos qué es lo que tenía que hacer un

epidemiólogo al valorarlo desde una mirada poblacional, cómo se relacionaba su hacer con la comprensión del proceso salud-enfermedad en la población, en lo social. Nosotros comenzamos a pensar la necesidad de comenzar a estudiar la teoría de la complejidad y plantear una formación que ojalá fuera transdisciplinaria.

Eran chéveres las conversaciones porque Patricia es una gran conocedora de la tradición anglosajona, que a mí no me gustaba del todo, aunque esa fue la formación que había recibido aquí, en esta escuela; por mi parte, yo traía lo que encontraba de la reflexión de la Epidemiología en Latinoamérica: Rita Barata, Jaime Breilh y Naomar, por ejemplo; pero lo que más me llamaba la atención eran las lecturas sobre lo transdisciplinar, que para nosotras no era lo que atravesaba las disciplinas sino la posibilidad de asumir el lenguaje de otras disciplinas y otros saberes para construir una comprensión distinta sobre un problema de salud-enfermedad, que ya no sería exclusiva de ninguna disciplina.

Entonces me di cuenta revisando mi experiencia que yo me había vuelto transdisciplinar. Yo podía hablar de cosas más allá de la disciplina en la que había sido formada. Yo tenía cosas para decir sobre salud mental, por ejemplo, sin ser del área de la psicología o de la salud mental; así mismo con tuberculosis, con violencia o con el desplazamiento forzado, que eran los temas que trabajaba en ese entonces, y mis lecturas de los problemas no eran exclusivamente desde el método epidemiológico, pero era Epidemiología porque ayudaba a comprender esos fenómenos como problemas de salud pública.

Entonces me puse a pensar en mi experiencia: el trabajo de Madres Canguro con las Parteras en Turbo, la epidemia de cólera... entonces pensé: “si esto es posible, entonces podemos hacer la Epidemiología más bacana”. Comenzamos con Patricia y Dora a hacer reformas y cambios en el currículo y las consultábamos, defendíamos y discutíamos en el Grupo. Como nosotras tres veníamos de terreno, Dora de lo local en Bogotá, María Patricia, que estuvo en la SSSA, y yo, en el ISS y en el Ministerio, veíamos la necesidad y la utilidad de una especialización, como un asunto más de la práctica de la Epidemiología en los servicios, en lo local, en el terreno, para resolver asuntos concretos, actuar e intervenir ya, y para apoyar la gestión de la salud pública. Por otra parte, queríamos en la maestría una Epidemiología que pensara más que lo que investigara. Nosotros no pensábamos en el doctorado, es más, pensábamos más para abajo que para arriba, pensábamos que la especialización la podíamos llevar a las regiones, a diferentes contextos regionales, es decir dónde se necesitaran epidemiólogos para la gestión de la salud pública.

Pero a la final, nada de eso pelechó. La especialización se siguió haciendo igual que siempre y si bien se llevó por varios años a varias ciudades como Bogotá, Manizales, Ibagué, por ejemplo, se dejó acabar y no se renovó. Por otra parte, en el Grupo lo que comenzó como un medio terminó siendo un fin: la investigación. La prioridad del Grupo se volcó a conseguir proyectos, a ser investigadores, a publicar, a ir a congresos a hacer presentaciones, al puntaje de la Universidad, a la clasificación del Grupo en Colciencias, etc.

María Patricia se fue a Bolivia con la OPS en 2002, luego estuve yo en la coordinación de la Maestría hasta que entré al Doctorado en Ciencias Sociales en Manizales y le entregué a Dora que se quedó pocos meses y le entregó a Carlos Rojas. Mientras fui coordinadora fui perdiendo el entusiasmo... en realidad me fue dando pena, yo comencé a preferir quedarme callada, porque descubrí que nos estábamos volviendo idiotas útiles del sistema. La prioridad era formar epidemiólogos buenos, muy bien entrenados en el método para el Sistema de Seguridad Social. Usted, Samuel, que cuando terminó su maestría se quedó dos años como profesor ocasional y luego se fue para Bogotá como epidemiólogo de una EPS. Igual pasó con varios de nuestros egresados, terminaron en las EPS, en IPS, en la industria farmacéutica, en actividades laborales en las que aplicaban el método de la Epidemiología pero que no pensaban en el proceso salud-enfermedad en la población, pero eso sí, les pagaban muy bien por eso. A mí misma me daba pena, yo no quería que nadie se enterara que tuve que ver con el diseño del Plan de Atención Básica cuando estuve en el Ministerio. En serio, a mí me daba pena.

Cuando Carlos recibió la Maestría, él no tenía problema con eso, por el contrario, él consideraba que la fortaleza debía ser y debe seguir siendo el método epidemiológico y los métodos estadísticos. Patricia en Bolivia, Doracelly en licencia de maternidad y luego ingresó al Doctorado en Epidemiología, y yo en el Doctorado en Sociales... hasta ahí llegó nuestro sueño de una Epidemiología diferente (M. Gaviria-Londoño, 2016).

Emmanuel Nieto, Economista y Magíster en Epidemiología egresado de la FNSP, quien no ha sido miembro del GEPI, pues pertenece al Grupo Académico de Ciencias Sociales, pero que ha participado en el Comité de Maestría desde 2001, hace esta lectura de la trayectoria de la maestría y del GEPI:

Hay un momento, por ahí en 2004, cuando estaba coordinando Doracelly, en el que se comenzó una nueva reforma de la Maestría. En ese momento se tocó el tema del desempeño y la utilidad de Epidemiología aplicada, el curso donde se trataban temas de salud ocupacional, salud ambiental, salud mental, desastres, etc. Por razones diversas no siempre hubo un buen nivel en el abordaje de esos temas, las evaluaciones no eran buenas, los estudiantes valoraban el curso como componentes de relleno, como accesorios, como prescindibles. Durante la coordinación de Doracelly fue necesario repensar esas cosas y fue uno de los primeros cambios. Esas áreas desaparecen del currículo. En ese momento hubo disputa, Elkin Martínez decía que, si la maestría estaba funcionando bien, si era bien valorada, para qué cambiar. Otras personas del grupo pensaban que si no estaban funcionando algunos componentes específicos era mejor suprimirlos y abrirle mayor espacio a la formación del núcleo, al método epidemiológico fundamentalmente. Ahí hay un primer campanazo, una primera señal de lo que vendrá luego. Creo que fueron dos o tres cohortes así.

Luego cuando Carlos [Rojas] asume la coordinación de la maestría [2005], él manifiesta su interés de fortalecer aún más el núcleo metodológico de la maestría. Carlos fue la persona más radical en ese enfoque de fortalecer el núcleo y digamos... dejar algo de salud pública, pero nunca se le dio la trascendencia, la importancia a la salud pública como el ámbito de acción de la Epidemiología; es más, para mí, nunca se le ha dado en los programas de Epidemiología de la Facultad, te lo puedo decir como integrante del Comité en todos estos años [16 años]: nunca ha habido un compromiso en quienes han sido líderes de la maestría en fortalecer la formación en salud pública del epidemiólogo, siempre se ha visto el conocimiento de la salud pública como un telón de fondo de los asuntos epidemiológicos, como el contexto de los asuntos epidemiológicos, pero no como su ámbito de acción, como su deber ser. Yo siento que se ha visto siempre como un asunto puramente contextual. En esencia por lo siguiente: yo creo que esa posición ha sido coherente con lo que ha sido el mismo Grupo de Epidemiología, donde casi todos han sido defensores del núcleo metodológico, de una Epidemiología ortodoxa, clásica; no casa entonces comprometerse con una formación salubrista, que de por sí, es más heterodoxa, donde se han abierto, aquí en la Facultad, búsquedas de pensamiento alternativo, más vivo y menos convencional, indistintamente de cuál sea el pensamiento hegemónico aquí.

Entonces, con Carlos Rojas inicia esa purga, ese deslinde del núcleo, y el golpe de gracia se da cuando Juan Fernando asume la Coordinación de la Maestría [2010] porque Juan se casa por completo con el método epidemiológico, con fortalecer el núcleo metodológico e investigativo de la maestría. Tiene el respaldo del grupo en su momento y logra consensos en el comité. Yo recuerdo que el envión fue tan duro, que se propuso inicialmente sacar todo sociales, recuerdo y dejar la formación en salud pública explícitamente como un contexto para la Epidemiología. En ese trance yo logré al menos mantener dos cosas: que se mantuviera la formación en investigación cualitativa y que, al menos, se conservara algo de economía de la salud; bueno, quedó como curso electivo y no es la mirada más crítica de la economía de la salud; pero bueno al menos quedó y creo yo es una competencia que debe tener el epidemiólogo hoy, si no como hacedor, al menos como lector.

Yo creo que la defensa del núcleo y la resistencia del Grupo de Epidemiología a otras alternativas disciplinares y metodológicas, se debe también al estatus del epidemiólogo, su posibilidad de interactuar en espacios de reconocimiento académico, de la oficialidad del Ministerio de Salud, de la OPS. Ese espacio es expedito para el epidemiólogo formado en el núcleo, en la corriente principal, el epidemiólogo que tenga fortaleza en el método. Era natural, necesario, no dar un salto al vacío y conservar esos escenarios de poder y reconocimiento académico agarrándose al núcleo (Nieto, 2016).

Como lo describe el profesor Nieto, las transformaciones vividas en la Maestría en Epidemiología no han sido ajenas al GEPI, al contrario, han sido respaldadas y avaladas por el Grupo. Durante la estancia de la profesora María Patricia Arbeláez

en la OPS, la coordinación del GEPI fue asumida por el Profesor Rubén Darío Gómez, Médico, Magíster en Salud Pública de la Facultad y Doctor en Salud Pública de la Universidad de Alicante, quien, para entonces, recién había recibido su título de Doctor. Al igual como sucedía desde la década de los setenta el Grupo se mantenía unido, con un fuerte relacionamiento académico y afectivo a pesar de la pluralidad de intereses investigativos y algunas disidencias en la percepción que algunos miembros tenían sobre la salud pública y la Epidemiología.

Esa armonía en las relaciones del GEPI se percibían tanto en las reuniones administrativas del Grupo, como en las actividades académicas y en la colaboración en proyectos de investigación. Un ejemplo de ello fueron los “Clubes de revistas” que si bien habían iniciado con Helena Restrepo en los setenta, desde finales de los noventa se acostumbró a realizar un encuentro semanal de una hora para revisar y discutir artículos novedosos o interesantes con la participación de profesores, estudiantes de la maestría y miembros de la comunidad académica de la Facultad que no necesariamente tenían vínculo con el GEPI. Era un ámbito de intensa discusión y confrontación académica y científica en un marco de respeto que era admirado por la comunidad de la FNSP. En el año 2010 se hizo, por ejemplo, una intensa discusión sobre el objeto, el método y la aplicación de la Epidemiología; sin embargo, la reflexión no permeó la estructura curricular de los programas.

En la actualidad, muchos de los entrevistados lamentan que con el tiempo el espacio del Club de Revistas se ha deteriorado, el nivel y la calidad de la participación y la reflexión ha disminuido y los estudiantes asisten más por una obligación impuesta por los programas que por una motivación académica (Epi-UdeA10, 2016; Epi-UdeA11, 2016; Epi-UdeA16, 2016; Epi-UdeA17, 2016).

Durante toda su trayectoria la Maestría en Epidemiología ha tenido una muy buena acogida y evaluación por parte de los estudiantes, al igual que el programa de especialización que se ofreció en otras ciudades, se ha valorado principalmente la calidad y experiencia de los docentes y de las estrategias pedagógicas que facilitan el aprendizaje, así como el acompañamiento cercano y eficaz, en la mayoría de los casos, en el proceso de investigación durante la formación. En el año 2010, la maestría recibe una Mención de Honor a la Calidad de Posgrado en Iberoamérica por parte de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado (AUIP) (Comité de Programa Maestría en Epidemiología, 2016).

En la actualidad está cursando la cohorte 15 y 16 de la Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia³¹ con el sexto plan de estudios que

³¹ La cohorte 15 es un convenio entre la UdeA con Programa TDR-OMS ofrecido para profesionales de toda Latinoamérica con beca de estudios y manutención. El énfasis de esta cohorte es fortalecer las capacidades en Investigación Operativa para contribuir al control de las enfermedades transmisibles en los países de bajos y medianos recursos de las Américas. Desde que se había

tiene 62 créditos académicos y 744 horas presenciales. Los cambios más recientes provienen de un proceso de reforma curricular de todas las maestrías de la FNSP donde se determinaron áreas de formación común para estandarizar sus propósitos, contenidos y estrategias pedagógicas y así optimizar recursos y ganar coherencia como posición de escuela. Las áreas comunes que se definieron fueron Salud Pública e Investigación. Por otra parte, al igual que los demás posgrados de la Facultad, la maestría ha flexibilizado el currículo con la opción de cursos electivos que son seleccionados por los estudiantes de acuerdo con sus intereses temáticos o metodológicos. Curricularmente, está organizada para que en el primer año se dé prioridad a la fundamentación conceptual, metodológica y de investigación, el segundo año, a la profundización temática y al desarrollo investigativo (Comité de Programa Maestría en Epidemiología, 2016).

De acuerdo con lo consignado en el actual Proyecto Educativo del Programa de Maestría en Epidemiología (PEP-MEPI), la Epidemiología es una “Disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de los problemas de salud, identificando sus factores de riesgo; con el fin de desarrollar acciones de control y prevención, reducir la discapacidad y aumentar la calidad de vida” y reconoce que su objeto es el proceso salud-enfermedad de las poblaciones. Plantea que el GEPI mediante sus procesos de investigación, apoyado en sus procesos de formación aporta conocimiento sobre “la comprensión del proceso de ocurrencia de fenómenos de morbilidad, mortalidad y discapacidad, alrededor de problemas prioritarios y grupos vulnerables, a partir de la identificación de factores de riesgo y/o el análisis de redes causales [...] y la comprensión de los determinantes de la salud, en una interrelación deductiva e inductiva entre lo individual (el daño, la enfermedad) con las condiciones sociales y económicas (el contexto y el ambiente” (Comité de Programa Maestría en Epidemiología, 2016, p. 10).

Resalta el PEP-MEPI que un mayor desarrollo de la investigación en Epidemiología es “una necesidad sentida, no sólo en respuesta al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que requiere reorientación, sino también para avanzar en el desarrollo de mejores condiciones de salud y de vida para la población” (Comité de Programa Maestría en Epidemiología, 2016, p. 11).

En resumen, la Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia está configurada desde los presupuestos teóricos y metodológicos de la Epidemiología moderna del riesgo con un importante énfasis en la formación en métodos específicos de la Epidemiología. Si bien ha tenido algunos impulsos por ampliar el espectro metodológico, incluir elementos reflexivos sobre su objeto, su método y la relación disciplinar con la salud pública y su aplicación, estos han quedado subordinados al núcleo metodológico. Es importante resaltar que este enfoque es el

suspendido la financiación directa por parte del Ministerio no se tenía una cohorte de un programa de posgrado con todos sus estudiantes becados.

que, en general, el medio reclama de este tipo de formación y así es valorado tanto por estudiantes como por egresados. Sin embargo, al ser una maestría en investigación se ha venido relegando el componente aplicativo. Al final de este capítulo retornaré sobre ese asunto.

Una maestría en Epidemiología para la clínica

Antes de la década del sesenta, aunque la mayoría de epidemiólogos eran médicos clínicos, no había una relación estrecha entre el quehacer de la Epidemiología y de la clínica. En el caso colombiano, muchos de los ejercicios de cuantificación en salud que se documentan en la primera mitad del siglo XX son realizados por médicos sobre sus áreas específicas de interés, pero no se evidencia una práctica explícita que vincule el saber epidemiológico con la experiencia clínica (Estrada Orrego, 2004, 2015; Obregón Torres, 2002).

En la década del sesenta, en 1967, David Sackett, funda el departamento de Epidemiología Clínica en la Universidad de McMaster en Ontario, Canadá. Sackett era médico internista de la Universidad de Illinois, quien se formó luego en Epidemiología en Harvard (Cochrane Iberoamérica, 2015). Sackett criticaba que la práctica de la medicina se fundamentaba principalmente en la experiencia del clínico, apoyado en los saberes de otras disciplinas básicas como la fisiología, la bioquímica, la patología, la microbiología, la química farmacéutica, entre otras; pero el proceso inherente al ejercicio clínico de diagnóstico, tratamiento y definición de pronóstico se fundamentaba casi exclusivamente en la experiencia. De tal manera que él consideraba que la racionalidad y los métodos epidemiológicos, para entonces ya fundamentados en una concepción probabilística del riesgo, eran pertinentes para darle una fundamentación científica a la práctica clínica y mejorar su efectividad (Sackett, Haynes, Guyatt, & Tugwell, 1991, pp. 7–11). Algo similar sucedió en Inglaterra con Archie Cochrane en el sentido de comenzar a fundamentar las decisiones clínicas (y del sistema de salud) en “evidencia externa” y no sólo a partir de la experiencia (Buck et al., 1988, pp. 1015–1022). Adicionalmente, la Epidemiología aporta en la valoración del contexto poblacional de procedencia del paciente para comprender mejor el caso clínico y así lograr una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica para el contexto social y cultural específico. Así mismo, la identificación de exposiciones que puedan configurarse como factores de riesgo o protectores obtenidas a partir de estudios epidemiológicos son parte fundamental del ejercicio de la medicina preventiva, pues es sobre esos factores, que tengan un carácter modificable, ya sea

en el ámbito individual o colectivo, que enfoca sus prácticas (Ardila & Pardo, 1999).

En noviembre año 1992 se publica en la revista de la *American Medical Association* (JAMA) el artículo titulado “Medicina Basada en la Evidencia. Un nuevo enfoque para la enseñanza de la práctica médica” y la primera frase del artículo es: “Un nuevo paradigma para la práctica médica está emergiendo” (Guyatt et al., 1992, p. 2420). El artículo es de autoría del Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, conformado principalmente por los profesores del Departamento de Epidemiología Clínica de la Universidad de McMaster. En este documento se define la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia para la toma de decisiones en el cuidado de los pacientes individuales”, si bien fundamentan la propuesta sobre tres ejes para una adecuada toma de decisiones clínicas: la experiencia y los datos clínicos, las preferencias del paciente y, por supuesto, para ellos la más importante, la evidencia de investigación científica externa (Guyatt et al., 1992). Esta última es la que debe soportar la Ciencia (“fundada en conocimientos, la lógica y la experiencia previa que sí podíamos explicar”) del Arte (“basado en creencias, juicios e intuiciones que no podíamos explicar”) de la medicina (Sackett et al., 1991, p. 7). Por supuesto, para el ejercicio juicioso de la MBE el clínico debe tener grandes habilidades para la búsqueda y comprensión de las publicaciones científicas y así poder juzgar cuál es la mejor evidencia disponible para responder a preguntas concretas del proceso clínico.

La MBE se apoya en el método epidemiológico y jerarquiza los diseños que otorgan mayor o menor evidencia para la toma de decisiones clínicas. Así las cosas, la mejor evidencia proviene de los métodos experimentales, de los ensayos clínicos controlados, le siguen los observacionales analíticos y, por último, los descriptivos o las recomendaciones basadas en la experiencia de expertos (Djulbegovic & Guyatt, 2017; Guyatt et al., 1992). La Epidemiología clínica y el movimiento de MBE ha desarrollado y refinado los métodos de compilación de la evidencia, las revisiones sistemáticas, así como ha contribuido a estandarizar métodos para el desarrollo de guías y protocolos de práctica clínica (Colaboración Cochrane, 2003; Guyatt et al., 2011).

Desde entonces la MBE ha tenido una inmensa acogida tanto en los procesos de formación médica como en el ejercicio clínico de la Medicina, pero sus usos han sobrepasado el ámbito particular de la relación médico-paciente y sus propuestas, estrategias y métodos, se han convertido en un insumo fundamental para definir acciones políticas, económicas y de control sobre la práctica clínica y el funcionamiento de los sistemas de salud (Djulbegovic & Guyatt, 2017; Haynes, Devereaux, & Guyatt, 2002; Henao & Jaimes, 2009; Jenicek, 2006).

Luz Helena Lugo, Médica Fisiatra y Epidemióloga Clínica, Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia cuenta que en la década de los ochenta una comisión de la Fundación Kellogg y del International Clinical Epidemiology Network (INCLEN) visitó varias universidades del país con la intención de fomentar la Epidemiología clínica mediante el patrocinio para la formación de posgrado de profesores en el exterior en el área. Aunque fueron varias las invitadas, la única que aceptó la propuesta fue la Universidad Javeriana de Bogotá. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en particular, se consideró que esa oferta era una injerencia norteamericana en el quehacer académico de la Universidad, según lo cuenta Luz Helena Lugo, y por eso se rechazó (Lugo, 2016).

Con los primeros profesores formados en Epidemiología Clínica se fundó la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística en la Universidad Javeriana en 1986 y con el apoyo de INCLEN se creó la Maestría en Epidemiología Clínica que comenzó labores en 1994. La intención de las primeras cohortes era formar profesores de diversas universidades que pudieran dinamizar el área en cada uno de sus centros de formación. De la Universidad de Antioquia participó el profesor Fabián Jaimes, quien ingresó con el ánimo de fortalecer sus conocimientos y habilidades en investigación clínica, de tal manera que le permitiera cualificarse para formarse luego en Infectología en los Estados Unidos, pero quien quedó enganchado con la Epidemiología Clínica y una década después se fue a estudiar a los Estados Unidos, pero el Doctorado en Epidemiología en Johns Hopkins (Jaimes, 2016). Motivados por Fabián Jaimes, un grupo de profesores de la Facultad de Medicina participaron en un Curso de verano en Epidemiología Clínica que ofreció la Javeriana en Bogotá en 1996. “Básicamente era el estudio de las Guías de Lectura Crítica de JAMA, pero con eso fue suficiente para quedar motivados”. Al regresar a Medellín, consultaron con el Dr. Alberto Uribe Correa, Decano de la Facultad de Medicina en ese momento, quien les dio el apoyo para comenzar a gestionar, con la FNSP y la Universidad Javeriana una estrategia que permitiera la formación de un buen grupo de profesores de Medicina en Epidemiología Clínica. La propuesta se concretó y en 2000 trece profesores de diferentes departamentos clínicos de la Facultad de Medicina comenzaron la Maestría en Epidemiología con énfasis en Epidemiología Clínica en la FNSP con apoyo de la Universidad Javeriana, entre ellos Luz Helena Lugo, quien narra así el proceso:

Fue difícil. Tanto nosotros como la Facultad de Salud Pública comenzamos con mucho entusiasmo. El Profesor Juan Luis Londoño fue el coordinador de la maestría. No fue fácil porque, así como cuando llegué de Bogotá a la Facultad de Medicina sentí el peso de la tradición, así mismo lo sentí en la Facultad de Salud Pública

cuando hice la maestría. Juan Luis nos decía que la Epidemiología era una sola, que no había ni dos ni tres Epidemiologías. Claro, el asunto no es que existieran dos Epidemiologías, lo que pasa es que había unas prácticas, unos desarrollos metodológicos y teóricos muy relacionados con el quehacer de la clínica que eran las que nos interesaban y que no nos lograban entender en la Facultad de Salud Pública. Nosotros reclamábamos una Epidemiología que nos llevara tanto a la práctica diaria con el paciente como a los procesos de formación y de investigación, que fuera pertinente para lo que nosotros como clínicos, que no era nada diferente a lo que se venía dando y sucediendo en todo el mundo con el desarrollo de la Epidemiología clínica. Además, considero que los desarrollos de la Epidemiología clínica han permeado mucho a la Epidemiología general y cada día se nutren una con otra.

Pero no nos lograban entender, había en la FNSP mucha rigidez, tal vez en cuanto a la propuesta filosófica, en la concepción de la disciplina, pero sobretodo en la aplicación de los métodos epidemiológicos, les era difícil comprender otros desarrollos y caminos diferentes de la Epidemiología que se había hecho aquí toda la vida. Eso se concretaba en cosas muy precisas; por ejemplo, en nuestra necesidad de profundizar en ensayos clínicos controlados, en revisión sistemática, en meta-análisis. En el Grupo de Epidemiología de la FNSP había mucha más experiencia en estudios observacionales, por supuesto, pero incluso los estudios observacionales que nosotros queríamos y necesitábamos eran distintos, pues estaban en relación no con las poblaciones en territorios sino con grupos específicos de pacientes, con riesgos específicos y en medio del proceso de atención clínica. Entonces por eso nosotros reclamábamos una visión distinta.

En eso nos apoyaron afortunadamente los profesores de la Javeriana y nos dictaron esos cursos que pedíamos adicionales a la formación en Epidemiología de aquí. Sin embargo, a mí me llamó mucho la atención varias cosas: que los profesores de la FNSP no se involucraron en los cursos nuevos que nos daba la Javeriana a nosotros. La sensación era: “eso es una cosa allá de ellos, eso no tiene que ver conmigo, yo todo lo sé”. No, no se involucraron en los cursos... Eh, yo siempre me lo pregunté: ¿por qué somos así? ¿Por qué nos negamos a estas aperturas? ¿Por qué nos negamos a hacer alianzas? ¿Por qué nos negamos a conocimientos diferentes? Igual me pasó en la Facultad de Medicina durante la Reforma Curricular; son nichos de poder en dónde si se abre la puerta a, cambio, a una novedad, entonces se cree que se pierde poder. Obviamente con excepciones, por ejemplo, a María Patricia Arbeláez siempre la sentimos cercana a nuestras expectativas y ella sí interactuó con la profesora Nelcy [Rodríguez] de la Javeriana, juntas nos dieron un curso de supervivencia que nos pareció muy bueno. También con Rubén Darío Gómez y Hugo Grisales tuvimos muy buena relación.

Hubo también una presión muy grande acá para que nosotros tuviéramos una formación mayor en temas de salud pública, que de hecho valía la pena tenerla porque la Epidemiología clínica no es solamente la atención de mi paciente, no, tiene que ver también con la salud de las poblaciones. Pero no, por ejemplo, el curso de demografía y salud... ¡Eso no nos interesaba a nosotros! Varios cursos muy pesados en muchas áreas que no eran pertinentes para nosotros.

El punto más crítico fue cuando renunció a la coordinación el profesor Londoño y lo reemplazó Elkin Martínez... sin palabras. Con él tuvimos muchas dificultades, incluso en sus cursos. Era un ambiente muy adverso. Aquí, en la FNSP nos veían como unos invasores, estábamos invadiendo el recinto sagrado de la salud pública y la estábamos pervirtiendo con nuestra presencia, con nuestras propuestas, con nuestra presión por apertura, al punto que cuando nosotros terminamos la maestría la situación estaba muy tensa entre nosotros y la Facultad”; claro, seguramente ese mal ambiente también tuvo que ver con nosotros; claro, nosotros nos cerramos a defender el área de conocimiento que queríamos desarrollar. Nos cerramos y fuimos contundentes, además tuvimos el apoyo del Decano de Medicina, del doctor Alberto Uribe, incluso él se consiguió la financiación para poder hacer algunos cursos que nos negaron en Salud Pública (Lugo, 2016).

Así como Luz Helena Lugo relata la actitud arrogante por parte de miembros de la FNSP, varios entrevistados que participaron como profesores de ese grupo se la atribuyen a los estudiantes. Así lo describe uno de ellos:

“Les llamábamos los “Epipavos” porque eran tan vanidosos y creídos como los pavos reales. No sólo eran muy demandantes sino tenían una actitud de desprecio con la salud pública y con la misma Facultad. Yo creo que en parte su actitud era porque eran a la vez estudiantes y profesores de la universidad, adicionalmente eran médicos especialistas y eso pesa en el *ego*” (Epi-UdeA5, 2015).

La mala relación entre los profesores de la Facultad de Medicina y sus maestros en la FNSP motivaron que los primeros decidieran trabajar en la estructuración de una maestría de Epidemiología clínica independiente de la que ofertaba la FNSP; a su vez comenzaron a introducir cambios curriculares en el pregrado de Medicina y contribuyeron a fortalecer de manera importante la investigación clínica en la Facultad de Medicina, que hasta entonces era dominada por los grupos de investigación básica, algunos de ellos con un amplio reconocimiento dentro del país e internacionalmente.

El proceso de aprobación de la maestría en Epidemiología clínica no fue fácil, no tanto por la concepción y el diseño del programa sino por el trámite que requería, pues en las repetidas ocasiones que era presentada en el Consejo Académico de la Universidad la propuesta era torpedeada por Óscar Sierra, para entonces Decano de la FNSP:

“Héctor Iván García y yo estuvimos en un congreso de Epidemiología Clínica en Brasil y ahí una Universidad tenía maestría en “ciencias clínicas” y todo su

desarrollo conceptual y contenido era de Epidemiología clínica, pero con la participación de todas las áreas clínicas. Veá, no fue más: sólo le cambiamos el título, porque ni una coma se le cambió al documento y ya. Luego cuando yo fui a presentarlo al Consejo Académico, donde estaba por supuesto Óscar Sierra, cuando yo dije “Maestría en Ciencias Clínicas”, ahí mismo él: “¡Ah, claro, ahora sí, es que esto sí es distinto!” Ahí ya tuvo visto bueno y se fue para el Ministerio y el trámite fluyó” (Lugo, 2016).

Por la Maestría en Epidemiología Clínica (apenas fue posible, le modificaron el nombre) han pasado cerca de un centenar de estudiantes en diez años. Por medio de los profesores y los egresados se han generado unidades y grupos de investigación en los principales centros de atención clínica de Antioquia. Adicionalmente el Grupo de Epidemiología Clínica hace parte actualmente de la Colaboración Cochrane y de la INCLEN; junto con otras Universidades del país ha sido autor de varias de las Guías de Práctica Clínica del país y mantiene una intensa actividad investigativa y de producción académica y científica.

En los años recientes la relación con la FNSP se ha vuelto a restablecer. Varios miembros del Grupo de Epidemiología Clínica han realizado el Doctorado en Epidemiología y hay colaboración en el acompañamiento de tesis doctorales y de maestría. Sin embargo, la participación mutua en los programas de Maestría de las dos Facultades y el desarrollo de proyectos de investigación colaborativos es muy poca.

Con respecto a la trayectoria reciente de las dos maestrías se puede decir que, tanto la Maestría en Epidemiología de la FNSP como la de Epidemiología Clínica de la Facultad de Medicina, no se pueden sustraer de las dinámicas socio-económicas que determinaron las condiciones de funcionamiento del sistema de salud y de las tradiciones disciplinares tanto institucionales como nacionales y globales en el ámbito de la educación posgraduada en vínculo con la investigación científica.

En un contexto de incertidumbre conceptual y práctica de la Salud Pública, el ejercicio técnico y riguroso de aplicación del método epidemiológico comienza a ser, poco a poco, bien valorado dentro del sistema de salud. Valga la pena resaltar que buena parte de las labores de Epidemiología en los Servicios de Salud y en el Ministerio de Salud prácticamente desaparecieron con la transformación al SGSSS. Uno de los entrevistados, médico epidemiólogo funcionario del Ministerio de Salud, cuenta cómo los recursos del Ministerio para el ejercicio de la Vigilancia epidemiológica del país recién se dio la reforma eran muy pocos, los registros y los informes del Sistema Alerta Acción se hacían manuales y en hojas de cálculo y el

personal era máximo de cinco personas en las mejores circunstancias. Sólo hasta 2006 se estructura y posiciona el SIVIGILA que ha restablecido en parte el ejercicio rutinario y juicioso de la vigilancia en salud pública en el país, sumado a que se han gestado varios sistemas de información que en los años recientes se han integrado en el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) que tiene como finalidad contar con información para la gestión del sistema en los procesos de aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda, uso de servicios (Epi-Ext6, 2015; Martínez-Álvarez, 2016; Roncancio-Melgarejo, Buitrago-Medina, Posada-Zapata, & Grisales-Romero, 2015). Lo anterior está en sintonía con la mirada “gerencial” del sistema de aseguramiento y no necesariamente con una visión de salud pública territorial, como lo describen distintos entrevistados en este relato.

Por tanto, la demanda creciente de epidemiólogos por el sistema está dada más por el valor que se le otorga al método para la gestión del sistema y no necesariamente por una valoración poblacional de los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad o con su valor para la toma de decisiones clínicas en la práctica médica. Instituciones de carácter nacional relacionadas con el Ministerio de Salud creadas en la última década como la Cuenta de Alto Costo (CAC) (Cuenta de Alto Costo & Ministerio de Salud, 2007) o el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) (Instituto de Evaluación Económica en Salud, 2011) están conformadas principalmente por epidemiólogos, epidemiólogos clínicos y economistas, en virtud de su misión institucional en coherencia con las prioridades del SGSSS. Es posible que lo anterior también explique la proliferación de programas de formación posgraduada en Epidemiología en el país. De dos programas en la década de los ochenta, uno en la Universidad del Valle y otro en la Universidad de Antioquia se pasó a más de treinta hoy. Pero a pesar de que la formación en Epidemiología este de moda, hay inquietudes sobre su calidad y pertinencia, tal como lo expresa Julián Fernández Niño, médico de la Universidad Nacional, Salubrista de la Universidad de Antioquia, Magíster en Estadística y Doctor en Epidemiología del Instituto de Salud Pública de México, actualmente Profesor de la UIS:

Yo considero que un problema serio es la debilidad en la formación en el país. Una buena formación crítica debería tener una buena formación clásica de base. Una formación robusta en métodos. Si uno analiza las necesidades de personal, las necesidades de entrenamiento en salud pública y Epidemiología para América Latina, muestran que no estamos generando los epidemiólogos y salubristas que necesitamos. Necesitamos salubristas que sepan intervenir y comunicar riesgos, que sepan manejar medios de comunicación; necesitamos epidemiólogos que sepan manejar una epidemia. Creo que hace falta una correspondencia entre los epidemiólogos que estamos formando y los que necesitamos. Creo que nos hace falta mucho en la parte técnica, sobretodo, a nivel maestría, maestrías

profesionalizantes enfocadas en los métodos, en las técnicas y en las intervenciones en la población (Fernández-Niño, 2016).

De manera similar fue valorado el asunto por el equipo de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Medellín en un grupo focal que realizamos en mayo de 2016. Ellos expresaron el desfase que hay en la formación en Maestría en Epidemiología que ofrece la ciudad (Universidad de Antioquia y CES), ambas con énfasis en investigación y las necesidades específicas para la práctica de la vigilancia epidemiológica de la ciudad y del departamento. “Terminamos la maestría con capacidad de plantear y correr los datos de un modelo estadístico multivariado, pero no sabemos cómo reaccionar frente a un brote epidémico”. Resaltan que las competencias para la vigilancia epidemiológica no sólo se basan en la construcción y el manejo de indicadores epidemiológicos, sino que requiere de entrenamiento para interactuar con las comunidades, capacidad de indagación por técnicas cualitativas que son útiles en el trabajo de campo, además de competencias comunicativas y de divulgación (Equipo de Epidemiología Secretaría de Salud Medellín, 2016).

Es posible que con la experiencia que se está viviendo con la última cohorte de la Maestría, que tiene su énfasis en investigación operativa con financiación del TDR/OMS, el GEPI evalúe si es necesario una maestría profesionalizante cuyo énfasis sea la Epidemiología de terreno como respuesta a las necesidades de los municipios principalmente.

Conclusión del capítulo

Desde comienzos de los noventa el neoliberalismo es el gran escenario que transforma la vida política, social, cultural, académica y científica de Colombia y buena parte del mundo. En el ámbito específico de la salud en Latinoamérica, específicamente en Colombia, su influencia se hace notable en la tensión que se produce desde finales de los ochenta entre la OPS y el BM, la OPS promoviendo el fortalecimiento estatal mediante estrategias de APS, SILOS para lograr la meta de SPT-2000; mientras el BM promoviendo modelos de aseguramiento en salud que permitieran la apertura de nuevos ámbitos de mercado y reducir el gran déficit fiscal del Estado.

Por tal razón las discusiones para reformar el Sistema de salud colombiano a comienzos de los noventa eran entre enfoques universalistas estatales (que apoyaba y promovía la FNSP) y modelos de aseguramiento con gran participación del sector

privado, que finalmente es el que se impone con la promulgación de la Ley 100 de 1993.

Esta nueva concepción del manejo poblacional de la salud pone en jaque a la Salud Pública del continente, la pérdida de territorialidad en la gestión sanitaria afecta el ejercicio de la Salud Pública y, por supuesto de la Epidemiología. La demanda de formación ahora está enfocada a desarrollar habilidades gerenciales que garanticen un manejo eficiente de recursos en el sector salud. La FNSP transcurre en la encrucijada de promover el pensamiento y la acción en Salud Pública o desarrollar programas académicos que sean funcionales al nuevo Sistema. Sin embargo, en ese cruce de caminos, la Epidemiología de la Facultad no tiene dificultades en su adaptación pues su trayectoria ha estado marcada por su énfasis en el método epidemiológico, como lo reflejan los dos libros de texto publicados por profesores del GEPI durante la década de los noventa.

Disciplinariamente, a pesar de que en los setenta y ochenta la Epidemiología moderna del riesgo se consolida como en el enfoque hegemónico, en los noventa surgen voces que cuestionan su alcance y sus límites más allá de las críticas provenientes del movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva de Latinoamérica, estas nuevas críticas provienen del interior del mismo núcleo fuerte de la disciplina, de los centros universitarios de los Estados Unidos. Como lo dice Taubes, en su artículo publicado en *Science* en 1995, el debate que vislumbran los epidemiólogos norteamericanos está entre profundizar y madurar la Epidemiología de riesgo o plantear su apertura epistemológica y metodológica (Taubes, 1995).

La Universidad de Antioquia no es ajena al debate disciplinar, las discusiones del GEPI, las reformas curriculares y la trayectoria misma de la maestría lo muestran: impulsos de apertura e invitación a enriquecer su saber y sus métodos con aportes de otras disciplinas, principalmente la Salud Pública y las Ciencias Sociales versus la concentración y profundización en el núcleo metodológico tradicional de la disciplina, que realmente nunca ha estado amenazado. Sin embargo, no se logra una integración armónica, la formación en Salud Pública es asumida como contexto y las Ciencias Sociales, como accesorio. Para algunos miembros del GEPI otorgarles más valor a estas áreas le restaría identidad disciplinar a los programas de formación en Epidemiología, adicionalmente se desconfía de la científicidad de las otras disciplinas.

A diferencia de la crisis que suscita en la Salud Pública todas las novedades del SGSSS, la Epidemiología del riesgo es robusta en lo metodológico y se adapta muy bien a la transformación, pues como se mencionó en el Capítulo 3.2. es posible establecer nexos entre propuestas utilitaristas como son las estrategias de aseguramiento y la Epidemiología moderna, al fin y al cabo, en las dos el concepto nuclear es el mismo: el riesgo.

Así mismo, el uso instrumental de la racionalidad de la Epidemiología del riesgo y de sus métodos permiten su incorporación al ejercicio clínico y surge la Epidemiología clínica y junto a ella la Medicina Basada en la Evidencia como un gran movimiento que se impone en la manera de ser y hacer medicina, incluso bastante adaptable a las condiciones del nuevo sistema de salud.

En la Universidad de Antioquia, el surgimiento de la Epidemiología Clínica estuvo marcado por el enfrentamiento académico y disciplinar entre la FNSP y la Facultad de Medicina; mientras en la primera se defendía una tradición de treinta años de enseñanza de la Epidemiología y su aplicación en el contexto de la Salud Pública, los médicos de la Facultad de Medicina exigían una mirada particular de su aplicación al ejercicio clínico. Pero adicional al asunto académico se vislumbra un juego de poder por el dominio del ámbito de enseñanza disciplinar como lo pone en evidencia el bloqueo persistente del decano de entonces de la FNSP a la propuesta de maestría presentada por la Facultad de Medicina. Esas pugnas derivaron en dos programas y dos rumbos y construcciones independientes de la Epidemiología en la Universidad de Antioquia.

Por último, el énfasis en investigación en la Maestría en Epidemiología, que se deriva tanto de las tendencias disciplinares en el mundo como de las modificaciones normativas en educación superior para Colombia y las exigencias gerenciales del Sistema, hace que se relegue la formación de una Epidemiología para la acción en la población vinculada a la toma de decisiones en salud pública. Cabe la posibilidad de que suceda lo que denunciaba el artículo de Taubes, que la obsesión por la indagación causal nos distraiga del verdadero propósito disciplinar. Es decir, el propósito de la Epidemiología no es la aplicación impecable de su método en experiencias de investigación, su propósito es contribuir con mejorar la salud de las poblaciones.

Capítulo 7. La Salud Pública y la Epidemiología del nuevo milenio (2001-2016)

En este capítulo se describen las prácticas disciplinares de la Epidemiología a través de la trayectoria reciente del Grupo de Epidemiología (GEPI) y de la Facultad Nacional de Salud Pública (FNSP) en el contexto de la Crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y la movilización social por el Derecho a la Salud. Se describe la investigación del GEPI y sus contribuciones a la comprensión de problemas de salud y del Sistema y, por último, se narra el contexto del nacimiento de los programas de Doctorado en Salud Pública y el Epidemiología.

La universidad pública y el mercado de la salud, la educación y la ciencia

Al comenzar el nuevo milenio Colombia estaba sumida en una grave crisis económica y social. Más del 60% de su población se encontraba bajo la línea de pobreza. Las promesas de la “Apertura Económica” iniciada con el gobierno de César Gaviria nunca fueron cumplidas. Adicionalmente, el fracaso del proceso de paz con la guerrilla de las FARC incentivo aún más el paramilitarismo y profundizó la guerra, que para entonces ya contaba con más de un millón de personas desplazadas en todo el país (Rhenals & Torres, 2003; Semana, 2002).

La meta SPT-2000 fracasó; en la Asamblea Mundial de Salud de 2000 se puso en evidencia que antes que lograr el objetivo se evidenciaba un aumento de la brecha en las inequidades sanitarias. En el caso colombiano no se cumplió. El presupuesto macroeconómico en que se sustentaba en SGSSS gestado por la Ley 100 de 1993 era de un continuo crecimiento económico, tal como fue en los primeros años de los noventa. Pero ante la recesión de finales de la década, las promesas de cobertura universal no se cumplieron, mucho menos las de universalidad en salud. De igual manera, el aumento del desempleo y del empleo informal no permitió el crecimiento esperado del Régimen Contributivo y terminó aumentando la proporción de pobres no asegurados y el Régimen Subsidiado. A

pesar de los ingentes recursos que para entonces ya tenía el Sistema, la crisis de instituciones sanitarias era constante y eran muchas las barreras de acceso real de la población a los servicios de salud (Borrero Ramírez, 2014, pp. 73–74; Hernández-Álvarez, 2000; Restrepo Zea, Echeverri López, Vásquez, & Rodríguez, 2003; Vega-Vargas et al., 2012). Sin embargo, la creciente migración de tecnócratas de la banca internacional a la OMS y su mirada economicista de los sistemas de salud permitió el desarrollo de un modelo de evaluación del “desempeño de los sistemas de salud” que ubicó en el año 2000 al sistema colombiano como uno de los mejores del mundo y el primer lugar en las Américas, por encima de países como Cuba o Costa Rica, que mostraban los mejores resultados en indicadores de Salud Pública en el continente (Hernández Álvarez, 2003; Hernández & Obregón, 2002, pp. 336–338).

Aunque no de una manera tan directa como en salud, las políticas neoliberales y de austeridad fiscal afectaron y transformaron la educación pública en Colombia. Tal vez el hecho más contundente es la planta profesoral de todas las universidades públicas del país que se encuentra congelada desde 1990; sin embargo, en casi todas, la cobertura tanto en pregrado como en posgrado se ha multiplicado. En la Universidad de Antioquia se pasó de 17.000 estudiantes en el año 2000 a alrededor de 40.000 en 2016 con la misma cantidad de profesores de planta (UdeA Noticias, 2017). El crecimiento ha sido entonces a expensas de recursos propios, del precio de las matrículas, de la venta de servicios de investigación y extensión (Galindo, Gómez, & Rodríguez, 2015). Hoy día en la Universidad de Antioquia las posibilidades de que un programa de posgrado se pueda ofrecer sin que lo recolectado por matrículas cubra los costos del desarrollo del programa, sin que tenga “equilibrio financiero”, son bajas, independientemente de su pertinencia científica o social. En la actualidad, el 70% de los cursos de pregrado son dictados por profesores contratados por hora cátedra (UdeA Noticias, 2017), sin mencionar el gran número de “profesores ocasionales”, que trabajan medio tiempo o tiempo completo pero sin una vinculación de planta con la universidad, sino por contratos semestrales o anuales. Pero adicional a la progresiva desfinanciación estatal, y la permanente exigencia de aumento de coberturas a las universidades públicas, otra de las razones para la falta de profesores en docencia específicamente, al menos en la Universidad de Antioquia, es la creciente dedicación de los profesores de planta a la investigación.

A partir de la profunda crisis de la Universidad durante los ochenta, se asumió la investigación como un eje misional tan importante como la formación de recurso humano. En 1990 se reformula el Sistema Universitario de Investigación (SUI), mismo año en que es promulgada la Ley 29 de Ciencia y Tecnología, donde se define una política de “Apoyo al fortalecimiento y consolidación de los grupos y los centros de investigación del país” (Colciencias, 2014, p. 9). Dentro de la reforma del

SUI se rediseña el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) reorganizando la conducción de los Centros de Investigación para desarrollar la gestión de la actividad investigativa en la Universidad (Universidad de Antioquia, 1990). Once años después el Acuerdo Superior 204 de 2001 reglamenta la actividad investigativa de la Universidad y define su organización por Grupos de Investigación y su gestión por proyectos, de tal manera que los Grupos se constituyeron en la unidad primaria del Sistema y los proyectos en su unidad de gestión. Adicionalmente, este Acuerdo promueve y fortalece la relación entre los Grupos de Investigación y los programas de maestría y doctorado (Universidad de Antioquia - Consejo Superior Universitario, 2001, p. 20). En la Universidad de Antioquia, siguiendo a Colciencias, un Grupo de Investigación científica o tecnológica es:

el conjunto de personas que se reúnen para realizar investigación en una temática dada, formulan uno o varios problemas de interés, trazan un plan estratégico de largo o mediano plazo para trabajar en él y producen unos resultados de conocimiento sobre el tema en cuestión. Un grupo existe, siempre y cuando demuestre producción de resultados tangibles y verificables, fruto de proyectos y de otras actividades de investigación convenientemente expresadas en un plan de acción (proyectos) debidamente formalizado (Mejía-Correa, 2007).

Para entonces, la Universidad de Antioquia tenía interiorizada la investigación; no era sólo una expresión retórica de su misión sino una actividad central de la Universidad que se vinculaba con los programas académicos principalmente de maestría y en los años siguientes, de doctorado. A comienzos del 2000 se concibe el proyecto de la Sede de Investigaciones Universitarias (SIU), un edificio para albergar grupos de investigación y facilitar su interacción y colaboración, además de ofrecer una infraestructura moderna para laboratorios. Para los detractores del proyecto, la SIU podía promover lo contrario de lo que deseaba, generar una segregación entre los grupos de la Universidad, además de correr el riesgo de escindir las actividades de formación de las investigativas (Epi-UdeA4, 2016; SP-UdeA6, 2016).

Interiorizar la investigación científica es también aceptar las reglas de juego de las dinámicas globales de Ciencia, Tecnología e Innovación, por eso, progresivamente la Universidad de Antioquia se interesa más por el cumplimiento de metas en indicadores cuantitativos de productividad, relacionamiento e impacto, que, para algunos académicos, entre quienes me incluyo, no son suficientes para valorar el aporte de la investigación universitaria a la sociedad, como lo estipula el direccionamiento estratégico de la Universidad. En muchas ocasiones se percibe que la meta es el indicador por sí mismo y no el sentido del

mismo; lo que termina pervirtiendo la razón de ser de la investigación científica e involucrando a la Universidad en una competencia desaforada por el cumplimiento de las metas del mercado de la ciencia y la tecnología independiente de su uso real e impacto; de tal manera que la universidad se ha convertido en un importante dispositivo del capitalismo cognitivo (Castro-Gómez, 2007; Maniglio, 2016).

La Investigación en el Grupo de Epidemiología de la Universidad de Antioquia

Colciencias durante la década del noventa promovió varias convocatorias para identificar los grupos de investigación del país, jerarquizarlos y asignar recursos. En su primera etapa lo hizo con base en el criterio de expertos, pero desde 1998 comenzó a generar un registro que le permitía obtener una medición, generar un índice y crear categorías con base en él. La plataforma se denominó ScienTI-Colombia y permitía el registro tanto de los currículos de los científicos colombianos (CvLAC) como de la información de los grupos de investigación (GrupLAC). La primera medición se hizo en 2000 y se fue refinando hasta que en 2004 se consolidó el modelo de medición, que se denominó Índice ScientiCol, y se definieron las categorías de grupos: A (Excelencia), B (Consolidado), C (Promisorio) (Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología - Universidad Nacional de Colombia / Universidad del Rosario, 2013, pp. 711–718).

El GEPI se presentó por primera vez en 2000 a la convocatoria de medición de grupos de Colciencias y fue clasificado como grupo B. La segunda vez que se presentó en 2004 fue clasificado como A y desde el 2008 se ha mantenido en A1, la más alta calificación desde entonces. Para el momento, fue el único grupo de la FNSP que se clasificó en esa categoría, luego otros grupos ya han sido clasificados como A1, A y B.

Aunque en el año 2000 la noticia fue recibida con beneplácito por la FNSP y con sorpresa por algunos, realmente la calificación obtenida no era gratuita, pues, aunque en las décadas del setenta y ochenta el eje fundamental del GEPI era la enseñanza de la Epidemiología, la investigación siempre estuvo presente desde la creación del programa de Residencia. Es posible que por eso la adaptación de especialización a maestría se haya dado con facilidad. Con esos antecedentes y con la experiencia investigativa acumulada en una década de maestría, se logró obtener esa clasificación B que pronto pasó a ser A. Para entonces, como un asunto coyuntural y estratégico para la presentación a las convocatorias de Colciencias, el GEPI se organizó en las siguientes líneas de investigación: 1) Análisis Situacional de Salud (ASIS), liderada por Juan Luis Londoño y luego por Rubén Darío Gómez, 2) Epidemiología de las enfermedades infecciosas, a cargo de María Patricia

Arbeláez, 3) Promoción y prevención, conducida por Elkin Martínez, y 4) Epidemiología del trauma y la violencia, Germán González³². Desde entonces la organización por líneas ha pasado de convocar investigadores, tanto profesores como estudiantes, alrededor de un área de interés académica y científica a convertirse en una subdivisión organizativa tácita del GEPI, por la que, por ejemplo, se asignan recursos de investigación. Para algunos profesores del Grupo ese marcado énfasis en una estructura de líneas de investigación, en la actualidad, le impide al grupo emprender proyectos comunes y por el contrario fomenta el desinterés por el trabajo de los compañeros e incluso rivalidades (Epi-UdeA10, 2016; Epi-UdeA12, 2016), a tal punto que algunos, como el profesor Elkin Martínez, consideran que: “Nosotros no somos un Grupo de Epidemiología, somos un agregado de epidemiólogos que tenemos en común el interés por la Epidemiología y nada más” (Martínez López, 2016).

Con esta dinámica de organización del trabajo y de distribución de recursos de sostenibilidad para la investigación otorgados por el CODI de la Universidad, en el primer semestre de 2013 se realizó una ronda de presentaciones sobre el estado de las líneas de investigación. Específicamente en la reunión del primero de marzo de 2013, la profesora Martha Gaviria, quien recién había finalizado su formación doctoral en Ciencias Sociales, presentó una propuesta de lo que ella llamó “Seminario-taller en investigación narrativa como herramienta de comprensión en Epidemiología y Salud Pública”. Varios miembros del Grupo que asistieron a la reunión cuentan que cuando Martha Gaviria terminó su exposición algunos de los miembros del GEPI comentaron sobre su novedad y el potencial de aportar una mirada tan diferente a la salud pública, incluso manifestando sus dificultades para entenderla; sin embargo, otros profesores, entre ellos quien estaba coordinando para entonces el Grupo, manifestaron aireadamente su desacuerdo con la propuesta, pues no consideraban que lo presentado fuera Epidemiología, como tampoco era una línea de investigación. La situación fue tan incómoda, tan tensa, que desde entonces las relaciones interpersonales en el GEPI comenzaron a deteriorarse al punto que en los meses siguientes la profesora Gaviria cambia de Grupo de Desarrollo y el Coordinador renuncia a esa responsabilidad y se margina de las actividades del Grupo.

Algunos profesores manifestaron que el retiro de la profesora Marta fue una decisión propia debida a que su identidad había migrado de la Epidemiología a las Ciencias Sociales; otros, como el profesor Emmanuel Nieto, del Grupo de Ciencias Sociales de la Facultad, grupo que acogió a la profesora Gaviria, tiene una lectura diferente:

³² A mediados de esa década, con el regreso del Profesor Luis Fernando Duque a la Facultad, la línea se divide en Epidemiología del Trauma bajo la coordinación de Germán González y Epidemiología de la Violencia, que luego en 2007 se llamó Grupo de estudio de problemas en Salud Pública, coordinado por Duque.

Marta ha sido bien recibida en el Grupo de Sociales. Lo de Marta es una señal de lo dolorosas que son las disputas en la Facultad. Yo desde afuera del GEPI veo lo siguiente, para mí el ideal es que Marta hubiese tenido su propio espacio en el GEPI, su propio recurso desde el GEPI, que ella desde allí hubiese formado su línea de trabajo. Evidentemente lo que hace Marta no es una Epidemiología ortodoxa, es una reflexión sobre el proceso salud-enfermedad desde otros linderos. Yo siento que ella cuando asume esa búsqueda, no la hace denigrando de su formación y experiencia como epidemióloga, ese es un acumulado valioso que ella tiene ahí y le permite también decir “qué es lo que yo no quiero hacer en Epidemiología”. Digo que lo de Marta es doloroso porque considero que lo ideal hubiese sido que desde el mismo GEPI se hubiesen abierto espacios a esos acercamientos alternativos y heterodoxos que enriquecieran el debate y la reflexión al interior del grupo. Lo que no sé es... ¿hasta dónde es reconciliable el asunto de la convivencia entre esa mirada muy ortodoxa de la Epidemiología y estos acercamientos heterodoxos que, por ejemplo, traía Marta? No sé si pueden convivir... Yo creo que sí es posible, pero por lo que pasó con ella, no lo sé. Lo de Marta, yo lo leo como el extremo de la radicalidad de un GEPI que se casa con una corriente principal hegemónica, lo siento como la señal más evidente de una intolerancia a un pensamiento alternativo al interior del grupo. Yo no me puedo imaginar que desde el Grupo de Sociales alguien tenga que salir porque no sea tolerado por sus ideas, por sus modos de hacer ciencia o de hacer investigación (Nieto, 2016).

Más allá del asunto en apariencia anecdótico, lo que denota el profesor Nieto son las posturas enfrentadas por lo que se considera la identidad disciplinar de la Epidemiología, por un lado, como ya lo expresé en el anterior capítulo, un énfasis en el método y las técnicas epidemiológicas y estadísticas dentro de una concepción de ciencia positivista, y por otro, la exploración de caminos de integración disciplinar para expandir las posibilidades de comprensión del fenómeno salud y enfermedad. Esa discusión teórica, epistemológica y metodológica quedará postergada, más con el deterioro de las relaciones personales y afectivas, y marcará el rumbo de los programas académicos del GEPI hasta hoy.

Más allá del rol administrativo que conlleva su gestión, una línea de investigación es ante todo un área de interés temático para el desarrollo académico e investigativo y que su trayectoria se puede mostrar a través de sus publicaciones, pero también a partir de su pertinencia académica, social y científica reconocida por sus pares y la sociedad. Desde esa perspectiva, a continuación, describiré algunas de las trayectorias de investigación con mayor recordación y valoración de su pertinencia por parte de la comunidad académica de la FNSP.

En la década de los ochenta y los noventa hubo una estrecha colaboración del GEPI con el Grupo de Salud Ocupacional. En los ochenta participó en varios

proyectos el profesor Juan Luis Londoño y en los noventa y comienzos del 2000, las profesoras María Patricia Arbeláez y Doracelly Hincapié, principalmente. Se desarrollaron proyectos de investigación y protocolos de vigilancia epidemiológica ocupacional para Ecopetrol y se desarrollaron varias investigaciones en ámbitos ocupacionales específicos lo que contribuyó al fortalecimiento académico del Grupo de Salud Ocupacional (María Patricia Arbeláez, 2016a; Londoño-Fernández, 2015).

La profesora Yolanda Torres fue una de las pioneras de los estudios epidemiológicos en Salud Mental en Colombia, línea de investigación que ha seguido desarrollando y fortaleciendo desde la Universidad CES donde es docente desde su jubilación de la Universidad de Antioquia (Torres de Galvis, 2017). En la FNSP esta área de investigación ha sido trabajada desde entonces, principalmente, por el Grupo de Salud Mental. En el ámbito de los comportamientos y la salud mental es relevante mencionar los estudios epidemiológicos sobre violencia que se han realizado en la Facultad vinculados con estrategias de salud pública para la ciudad de Medellín como el Programa de Convivencia Ciudadana y más recientemente el Programa de Prevención de la Violencia del Valle de Aburrá, PREVIVA, inicialmente liderados por Luis Fernando Duque y posterior a su muerte, dirigidos por Alexandra Restrepo (Restrepo Henao, 2017; Restrepo Henao, Duque Ramírez, & Gómez Montoya, 2012).

La profesora María Patricia Arbeláez, desde que hizo su formación doctoral ha liderado una línea de investigación en tuberculosis, donde resaltan los estudios sobre la efectividad de la vacuna BCG en personas infectadas con VIH (M. P. Arbeláez, Nelson, & Muñoz, 2000), el impacto de la reforma en salud de Colombia sobre el control de la tuberculosis (Arbelaez et al., 2004), estudios de Epidemiología molecular en una cohorte de convivientes con pacientes con tuberculosis (del Corral et al., 2009), tuberculosis en cárceles (Z. V. Rueda et al., 2013), tuberculosis en instituciones de salud (Ochoa et al., 2015, 2017), etc. La experiencia acumulada de esta línea de investigación ha permitido poner en evidencia la incapacidad del SGSSS para el control de una enfermedad que se considera trazadora en salud pública, ha permitido comprender mejor el comportamiento poblacional de marcadores inmunológicos y moleculares de la enfermedad y denunciar, pero a la vez proponer estrategias de salud pública para el control de la tuberculosis en poblaciones en condiciones de pobreza o privadas de la libertad.

Durante 2002 y 2003, la Profesora Martha Gaviria lideró un proyecto sobre la situación de salud de la población en situación de desplazamiento en Medellín con apoyo y financiación de la OPS. Posteriormente, la OPS encargó al Grupo de Epidemiología de consolidar los resultados de las investigaciones similares que se habían hecho en seis ciudades colombianas en un material dirigido a tomadores de decisiones, proyecto liderado por los profesores Samuel Arias y Marta Gaviria

(Organización Panamericana de la Salud & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2005a). En los resultados se ponía en evidencia cómo, a pesar de las medidas de emergencia, la población en situación de desplazamiento tenía peores condiciones de salud y mayores dificultades para acceder a servicios de salud que no eran visibles ni resueltos por el SGSSS. A partir de la experiencia del proyecto realizado en Medellín, algunos investigadores, entre ellos Fernando Peñaranda, profesor de la FNSP, y Jaime Gómez, profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina, han seguido trabajando hasta hoy con algunas de las comunidades en las que se desarrolló la investigación, contribuyendo a generar procesos de empoderamiento y reconocimiento social de estas poblaciones (Alma Mater UdeA, 2016; Gómez, 2016; Peñaranda, 2016).

Como fue narrado en el capítulo anterior, el Ministerio de Salud publicó en 1994 el estudio la carga de la enfermedad en Colombia, proyecto que fue liderado por el profesor Juan Luis Londoño Fernández (Colombia - Ministerio de Salud, 1994). Este estudio fue un insumo fundamental en su momento para la definición de la Unidad de Pago por Capitación dentro del naciente SGSSS³³. Posterior a eso, el profesor Londoño desarrolló otros proyectos similares que fortalecieron la línea de Análisis Situacional de Salud y ayudaron a comprender las dinámicas demográficas y epidemiológicas principalmente de Medellín y Antioquia. En 2006, el Profesor Rubén Darío Gómez publica los resultados de su Tesis Doctoral: La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia. 1985-2001 (Gómez-Arias, 2006). Esta investigación, además de aportar más evidencia de las fallas del SGSSS innovó con una nueva técnica para valorar la mortalidad evitable (Gómez-Arias, Nolasco Bonmatí, et al., 2009). A partir del desarrollo de esta técnica y del aprendizaje de este estudio se generaron múltiples investigaciones sobre mortalidad evitable en grupos poblacionales específicos en el ámbito de la Línea de Investigación en ASIS del GEPI.

En el año 2009, el Ministerio de la Protección Social³⁴ encargó a la FNSP realizar un Análisis Situacional de Salud del país con base en la información dispersa de múltiples encuestas poblacionales y de otras fuentes del periodo 2002 a 2007. El proyecto fue liderado por María Patricia Arbeláez con participación no sólo de investigadores del GEPI sino de toda la Facultad. El ejercicio fue bastante complicado por la heterogeneidad de las fuentes, la deficiente calidad de información y problemas en la coordinación e integración de los participantes (María Patricia Arbeláez, 2016a), pero logró ser publicado por el Ministerio en 2010 y fue la primera base para del diseño el Análisis Situacional de Salud que se hace de manera sistemática en los territorios del país a partir del año 2014

³³ Es decir, la prima que recibiría cada asegurador por cada uno de sus afiliados.

³⁴ Entre los años 2002 y 2011, el presidente Álvaro Uribe Vélez fusionó el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y lo denominó Ministerio de Protección Social.

(Colombia - Ministerio de la Protección Social & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2010; Colombia - Ministerio de Salud y de Protección Social, 2013).

Desde 2005, el Profesor Carlos Alberto Rojas comenzó un trabajo con la comunidad indígena Embera Chamí del municipio de Crisitianía en el Departamento de Antioquia en torno a una preocupación de la comunidad sobre la aparición de casos de infección por VIH. A partir de esa inquietud se generó una dinámica de trabajo con la comunidad que integraba su saber propio con el saber epidemiológico y el de otras disciplinas de la salud y de las ciencias sociales. La experiencia está documentada en el libro “Bia ‘Buma³⁵: El VIH/Sida en los Embera Chamí de Cristianía, Colombia, editado por la Universidad de Antioquia (Alma Mater UdeA, 2017; Rojas Arbeláez, 2016; Rojas Arbeláez, Castro Arroyave, & Gómez Valencia, 2016). Posterior a ese estudio el Dr. Rojas lideró uno similar con las comunidades Wayú del Departamento de la Guajira. Estos proyectos los ha desarrollado en colaboración con la Universidad de Manitoba de Canadá.

Por último, quiero referirme al trabajo de la Profesora Doracelly Hincapié quien ha desarrollado una serie de investigaciones de modelación matemática del comportamiento poblacional de las enfermedades infecciosas que han sido de utilidad en la práctica de la vigilancia en salud pública de la ciudad, además de desarrollar innovaciones metodológicas para la comprensión de la dinámica de las enfermedades infecciosas y hacer aportes importantes para las políticas de vacunación en el país (Hincapié Palacio, 2017).

En los últimos años se han venido perfilando tres líneas nacientes: Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares y la Diabetes con los trabajos de los profesores Juan Fernando Saldarriaga y Paula Díaz; Epidemiología del cáncer a partir de las experiencias de investigación de la profesora Isabel Cristina Garcés, y Salud Urbana, liderada por la profesora Eliana Martínez.

En la actualidad, en el registro del grupo en Colciencias, aparecen ocho líneas de investigación: 1) Análisis de la Situación de Salud, 2) Conductas de riesgo para la salud, 3) Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas, 4) Epidemiología del cáncer, 5) Epidemiología del trauma, 6) Promoción y prevención, 7) Salud Cardiovascular y 8) Seminario taller de Epidemiología Teórica.

Los trabajos y líneas citadas son una muestra entre los cientos de investigaciones que el GEPI ha acompañado y producido en conjunto con sus estudiantes de Maestría y Doctorado. Una muestra tomada a partir de la alta valoración que de ellos hacen la comunidad académica en Epidemiología de la Facultad y del país. Lo que, de alguna manera, permite resaltar su pertinencia frente a la situación en

³⁵ Bia ‘Buma es “estar bien” en lengua Embera.

salud del país, en particular el aporte que han realizado en aportar evidencia epidemiológica sobre los fallos del SGSSS que discutiremos en este capítulo más adelante.

La publicación de resultados de investigación del Grupo de Epidemiología

A pesar del gran número de investigaciones realizadas en 47 años de trayectoria del GEPI, 35 años de la Maestría y 13 del Doctorado en Epidemiología, una debilidad identificada por casi todos los entrevistados fue la poca publicación y divulgación de los resultados de investigación que dificulta la aplicabilidad de los resultados de investigación y adicionalmente contribuye con el aislamiento del Grupo de la comunidad académica en el Campo. El problema no es exclusivo del Grupo de Epidemiología de la Universidad de Antioquia, es un problema generalizado de la disciplina en el país y en Latinoamérica, donde Colombia está en el quinto lugar después de Brasil, México, Argentina y Chile en términos de productividad bruta de artículos epidemiológicos en bases de datos internacionales. Los cuatro países mencionados publican el 65% de los textos de toda la región, y en Colombia, la productividad es más alta en Epidemiología clínica (Barreto et al., 2012).

Para los epidemiólogos de la FNSP, hasta la década de los noventa, las publicaciones preferidas fueron el Boletín Epidemiológico de Antioquia y la Revista Facultad Nacional de Salud Pública, aunque muchas investigaciones no eran publicadas y sus informes reposan en el Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia. Posteriormente, sobre todo desde que iniciaron los programas de doctorado de la Facultad, se prefiere publicar en revistas con mayor visibilidad e impacto.

Como ya se contó en el Capítulo 5, el Boletín Epidemiológico de Antioquia fue creado en 1975, en 1998 cambio su nombre a Revista Epidemiológica de Antioquia hasta su desaparición en 2007. Era una publicación que dependía de la DSSA. Además de la información proveniente del ejercicio de la vigilancia epidemiológica del Departamento publicaba artículos de investigación de autores externos a la DSSA, entre ellos profesores y estudiantes de la FNSP. Aunque tenía suscriptores en otras ciudades del país y algunos internacionales, su divulgación estaba limitada prácticamente a Antioquia. La revista tenía una estructura y procesos editoriales bien establecidos, pero sólo llegó a estar indexada en Lilacs por breve tiempo. Después del año 2000 se comenzó a perder regularidad en su publicación y finalmente se publica su último número en 2007, cuando contaba con más de 1500 suscriptores (Montoya Serna, 2007).

Por su parte, como se indica en el Capítulo 5, la Revista Escuela Nacional de Salud Pública fue creada en 1974 con motivo de la celebración de los diez años de fundación de la Escuela. Se crea con el propósito de ser una herramienta de divulgación interna de resultados de investigación y del pensamiento y reflexión de la comunidad académica de la Escuela (L. Vélez, 1974). El plan era publicar dos números en el año, pero no había un trabajo editorial formal y su gestión dependió hasta del administrador de la Facultad hasta la década del noventa. Incluso entre 1983 y 1985, y entre 1989 y 1991 no se publicó, tampoco en el año 1994. Sin embargo los números publicados durante ese periodo de los ochenta hasta mitad de los noventa estuvieron bajo la dirección del profesor Alberto Vasco e Iván Darío Montoya, quienes le dieron una divulgación mayor e invitaron a un mayor número de autores externos a participar (Olaya-Peláez, 2015).

A mediados de los noventa, la gestión de la Revista la hace la biblioteca de la FNSP, pero sólo hasta el año 2000, en la decanatura del epidemiólogo John Flórez, la Revista comienza a tener un ejercicio editorial formal y juicioso cuando la Dirección la asume el profesor del Grupo de Epidemiología, Juan Luis Londoño. El profesor Londoño reorganiza las instrucciones para los autores, hace funcional el Comité Editorial, rediseña el formato de presentación de artículos de tal manera que se ajusten a los estándares de publicaciones científicas en salud y establece la evaluación pareada para todos los artículos que se postulan a la Revista (Londoño-Fernández, 2015; Olaya-Peláez, 2015).

Durante su gestión, Colciencias, al igual que lo hizo para los grupos de investigación, generó una plataforma electrónica y un índice que permitía clasificar las revistas científicas del país que se denominó Publindex. Este índice categorizó las revistas en cuatro categorías A1, A2, B y C. Importante mencionar que en junio de 2002 el Gobierno Nacional expidió un Decreto que vincula el salario de los profesores de las universidades públicas con su “productividad académica e intelectual”. Parte de esa productividad es dada por sus publicaciones en revistas científicas, de tal manera que los puntos salariales que se otorgan están ponderados por la categoría de la revista en que publica (Colombia - Ministerio de Hacienda & Colombia - Ministerio de Educación, 2002, p. 5). Incluso Colciencias homologa las revistas internacionales a la clasificación colombiana para que cada universidad realice el trámite con sus profesores. Para algunos analistas, este decreto ha generado un estímulo perverso de competencia y afecta la calidad del desempeño y de las publicaciones de los profesores de universidades públicas (Arango, 2009); otros consideran que es un estímulo válido, promueve e incentiva la productividad del calidad en las universidades públicas y depende mucho de los controles que defina cada institución (Morales-Thomas, 2009).

El caso es que, en la primera convocatoria, la Revista FNSP fue clasificada en la categoría C, pero pronto, para 2003 estaba en B y desde 2010, se encuentra

catalogada en A2, ya bajo la dirección del profesor Álvaro Olaya. Durante los diez años de gestión del profesor Olaya frente a la revista se logró incluirla en la plataforma de Acceso Abierto de la Universidad, indexarla en Scielo y en Redalyc. Sin embargo, al igual que varios entrevistados, tanto Juan Luis Londoño como Álvaro Olaya, quienes dirigieron la publicación consideran que su mayor debilidad es la visibilidad. “Sigue siendo una revista encriptada”, dice Olaya (Olaya-Peláez, 2015). Aunque ha aumentado de manera importante la participación de autores externos a la FNSP sigue teniendo una visibilidad muy limitada. No se encuentra en las principales bases de datos internacionales y no tiene un cálculo oficial de indicadores bibliométricos de producción, citación e impacto. Los dos profesores coinciden además en la dificultad de la gestión de la Revista con los escasos recursos con los que ha contado.

Sin embargo, la Revista, a pesar de sus debilidades, ha sido el órgano de divulgación de la FNSP durante más de cuarenta años y buena parte de la productividad académica y científica de la comunidad de la Facultad, y del GEPI específicamente, se encuentra en sus páginas.

Entre 1974 y 2014 se publicaron en la revista 671 artículos, de los cuáles el 35,5% eran epidemiológicos; el 64% de estos fueron publicados posterior a 1995. El 74% eran de autoría de investigadores con vínculo con la Universidad de Antioquia, el 68% fueron diseños descriptivos transversales, 21% diseños analíticos, y el 75% se hicieron en el departamento de Antioquia (Jaramillo-Cortinez, 2016). Aunque la Revista no tiene calculado el indicador de Factor de Impacto³⁶, desde el año 1992 se encuentra reporte de número de citaciones en Google académico para los artículos de la Revista FNSP. En total se encuentran 4954 citas, de las cuales 3453 son de publicaciones desde 2011. Su índice H total³⁷ es de 30 y 25 desde 2012, y el índice i10³⁸ 143 y 99 (Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2017). Hasta noviembre de 2015, el promedio de citaciones de los artículos epidemiológicos publicados en la Revista fue 6,2 con una desviación estándar de 12,35. El 50% de los artículos tienen 2 citas o menos, el 32% no han sido aún citados y sólo un 25% tiene 7 o más citaciones (Jaramillo-Cortinez, 2016). El artículo con mayor número de citas (198) corresponde al reporte de validación para Colombia del cuestionario SF-36 de calidad de vida, publicado por los profesores de la Facultad de Medicina

³⁶ El Factor de Impacto (FI) es el indicador bibliométrico de mayor influencia en el mundo de las publicaciones científicas. Se calcula generalmente con base en un periodo de 2 años, e indica el número de veces en que los artículos publicados en una revista en los dos años anteriores han sido citados por las publicaciones a las que se les da seguimiento a lo largo del año de interés.

³⁷ El Índice H es un indicador bibliométrico de impacto. Indica que un científico o una publicación científica tiene índice H si ha publicado h trabajos con al menos h citas cada uno. Por ejemplo, para el caso de la Revista FNSP significa que 30 de sus artículos tienen al menos 30 citas.

³⁸ El índice i10 muestra el número de publicaciones con al menos 10 citas.

de la Universidad de Antioquia Luz Helena Lugo y Héctor Iván García, publicado en 2006 (Lugo, García, & Gómez, 2006).

La revisión bibliométrica hecha por Laura Jaramillo muestra que, aunque la revista ha venido lentamente ganando apertura y visibilidad es insuficiente, sus publicaciones son de carácter local: la mayoría de sus autores son de la misma Universidad y tres de cada cuatro artículos no salen del ámbito del Antioquia.

Otra revisión bibliométrica sobre publicaciones epidemiológicas indexadas en Medline, Embase y Lilacs de autores vinculados a la Universidad de Antioquia muestra un panorama también de baja visibilidad e impacto para la mayoría de los artículos de autores de la FNSP (Gómez-Gallego & Gómez-Castaño, 2016).

Con respecto al GEPI actualmente, de los doce profesores que hacen parte del grupo, diez están clasificados en Colciencias: tres en categoría Senior, tres en Asociados y cuatro en Junior. Con respecto a su productividad se exploró el número de artículos, de citas y el Índice H de cada profesor tanto en Google Académico (en los ocho que cuentan con registro) como en Scopus como se muestra en la Tabla 1. La mediana del Índice H de los profesores del GEPI en Google Académico es de 5,5 y de 2 en Scopus. Lo cual es muy bajo, aún en Google académico que suele ser más inclusivo. El Índice H más alto fue 18 en Google Académico y 10 en Scopus.

Tabla 1. Artículo, citas e índice H en Google Académico y Scopus de los profesores del GEPI de la Universidad de Antioquia, abril de 2017 (N Google=8, N Scopus=12)

Indicador	Mínimo	Máximo	Media	D.E.	Mediana	Pc25	Pc75
No. Artículos Google*	9	188	56	55	38	35	59
No. Citas Google*	39	1120	302	364	160	105	451
Índice H Google*	3,0	18,0	7,6	5,0	5,5	4,3	11,0
No. Artículos Scopus	2	29	9,7	8,4	7,0	3,5	13,8
No. Citas Scopus	2	329	86,0	125,6	16,0	4,8	163,3
Índice H Scopus	1	10	3,3	3,0	2,0	1,0	5,3

D.E.: desviación estándar; Pc25: percentil 25; Pc75: percentil 75

Al consultar estos indicadores para los directores o líderes los grupos de Epidemiología más importantes del país encontramos en la Universidad de los Andes un índice H de 40 y 27 (en Google y Scopus respectivamente); en la Universidad Nacional de Colombia, 26 y 18; en la Universidad del Valle, 18 y 15; en la Pontificia Universidad Javeriana, 18 y 6; en la UIS, 16 y 4; en la Universidad del Norte, 13 y 1 y el Grupo de Epidemiología Clínica de la Universidad de Antioquia, 16 y 7. Y al hacer la indagación para algunos de los profesores que han sido invitados a los programas de posgrado de la FNSP encontramos al Dr. Álvaro

Muñoz de Johns Hopkins con un índice H de 90 en Google y 74 en Scopus; César Victoria de la Universidad de Pelotas en Brasil con 74 en Scopus, Luis Carlos Silva de la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana con 23 en Google y 5 en Scopus, y Jaime Breilh de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador, con 33 en Google y 10 en Scopus.

Estas indagaciones bibliométricas y cientiométricas, aunque poco rigurosas, son sólo exploraciones, y sin entrar en la discusión de si reflejan adecuadamente el valor científico de los investigadores y sus resultados, son consistentes con lo relatado por varios entrevistados de la FNSP que consideran que, aunque el GEPI y la Facultad han realizado estudios muy importantes con alta pertinencia científica y social, las estrategias de divulgación científica y de apropiación social del conocimiento son aún deficientes, lo que tiene como consecuencia la escasa visibilidad del quehacer del GEPI y de la productividad académica de la FNSP en el ámbito académico y científico nacional e internacional (Epi-UdeA13, 2016; Epi-UdeA16, 2016; Martínez Herrera, 2016; Restrepo-Henao, 2016; Rojas Arbeláez, 2016). De manera similar me lo relataron diferentes salubristas y epidemiólogos de otras escuelas del país y el exterior. Reconocen que hay en la Universidad de Antioquia una importante tradición de enseñanza de la Epidemiología, pero admiten que conocen muy poco de su investigación y su productividad científica (J. R. Ayres, 2016; De la Hoz, 2015; Epi-Ext1, 2015; Epi-Ext3, 2016; Epi-Ext6, 2015; Fernández-Niño, 2016; SP-Ext5, 2015).

Sin embargo, en algunos miembros del GEPI existe una actitud triunfalista, de auto-complacencia y satisfacción derivada, principalmente, de la alta valoración que tienen los estudiantes, los egresados del programa y algunos profesores de la FNSP y la Universidad, la mención en 2010 de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrados (AUIP) y la clasificación A1 del GEPI en ScientiCol desde hace más de una década (Epi-UdeA2, 2015; Epi-UdeA3, 2015; Epi-UdeA7, 2016; Epi-UdeA8, 2016; Epi-UdeA15, 2016). Lo que el Profesor Juan Luis Londoño denominó como la actitud de “hoyo lindo”:

He oído comentarios saludables de que la Epidemiología de la Facultad se está abriendo al contacto internacional. ¡Buenísimo! Para ver si eso nos comienza a sacar de dentro de esta concha en la cual nos encerramos aquí y bueno... ¡Darle una mirada al mundo! No podemos seguir creyendo que vivimos en ‘hoyo lindo’: “que somos los mejores, que esta es la mejor Epidemiología que se hace en país, que estamos completamente satisfechos con lo que estamos haciendo”, ¡No! Esa actitud nos hace mucho daño. Estamos haciendo una ‘Epidemiología Medellín’, aislados del mundo. El mundo es muy amplio, lo desconocemos y lo ignoramos. Entonces tenemos que abrir y ampliar esos vínculos hacia afuera, porque si no corremos el

riesgo de que esto se vaya muriendo, se vaya apagando (Londoño-Fernández, 2015).

El profesor Carlos Rojas tiene una valoración similar a la del profesor Londoño:

Yo siento que la investigación en Epidemiología en Colombia y la nuestra de la Facultad es muy pobre en sus hallazgos, siento como que nosotros no descubrimos nada. Yo creo que como profesores le dedicamos poco tiempo a los temas. Nosotros andamos completamente desconectados de las tendencias de la Epidemiología en el mundo. (Rojas Arbeláez, 2016).

Pero esa percepción de aislamiento, no solo es exclusiva de la Epidemiología en la FNSP. Varios entrevistados la reconocen en otros centros universitarios del país, tal como lo plantea Julián Fernández de la UIS:

Parte del problema que tenemos [en Colombia] tiene que ver con, primero, endogamia intelectual y provincialismo, tal vez más en salud pública que en Epidemiología, nos leemos a nosotros mismos, cuando nos leemos, publicamos en nuestra zona de confort donde nadie nos cuestione para no sentirnos amenazados, y, segundo, tenemos como unos ídolos de paja que hace que estemos formando en un culto a la personalidad en donde no se cuestiona la base de lo que llevan diciendo hace años. Parte de la tarea es abrirnos al mundo y comenzar a publicar, vernos en foros internacionales, comenzar a ser retados por nosotros mismos y por la comunidad académica del mundo (Fernández-Niño, 2016).

En resumen, desde el surgimiento del GEPI y de los programas de formación en Epidemiología de la FNSP el desarrollo formativo ha estado vinculado con la práctica investigativa. Esto le permitió al GEPI ser un gran promotor de la investigación en la FNSP y posicionarse como líder en el ámbito nacional con importantes aportes a la comprensión de las problemáticas de salud del país, en particular en los años recientes, en la denuncia de las fallas del SGSSS frente a la situación de salud de los colombianos. Sin embargo, el esfuerzo por hacer visible su labor ha sido insuficiente, lo que le impone el reto de fortalecer sus estrategias de comunicación científica como de apropiación social del conocimiento. A pesar del alto valor de muchas de sus investigaciones, se considera que es necesario que tanto el GEPI, la Facultad y la Universidad de Antioquia reflexionen sobre la contribución del conocimiento académico y científico que se produce como aporte a la comprensión y la transformación de realidades concretas y asumir posiciones frente a cómo definir las agendas de investigación: ¿a partir de los preceptos e

instrucciones que definen los centros de poder académico en el mundo o en respuesta a las demandas de la sociedad aunque eso implique en ocasiones ir contra-corriente de las tendencias globales de la disciplinas?

La necesidad de formación doctoral en Salud Pública para Colombia

La avanzada de reformas neoliberales promovidas por el Banco Mundial en las Américas mermó la influencia de la OPS/OMS en los países de la región. Como fue descrito en el capítulo anterior, mientras la OPS orientaba su asistencia técnica a medidas de salud pública y organización de los servicios de salud que contribuyeran a la meta de SPT-2000, el BM apuntaba a reformas que permitieran la apertura de la salud como mercado y mayor cobertura mediante estrategias de aseguramiento. Ante la confusión conceptual y práctica de la Salud Pública en ese contexto, surgen a finales de los noventa las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) con el fin de renovar conceptualmente la Salud Pública y darle un lugar en la nueva organización de los sistemas de salud desde una perspectiva de servicios colectivos a cargo del Estado para la atención de los problemas de salud con altas externalidades (Hernández & Obregón, 2002, p. 333; Organización Panamericana de la Salud, 2002, pp. 1–14).

La definición de las FESP se realizó en 1997 mediante un estudio Delphi que consultó 145 expertos en salud pública del mundo en tres rondas con la coordinación de la OMS (Bettcher, Sapirie, & Goon, 1998). Su promoción en el continente se hizo mediante la iniciativa La Salud Pública en las Américas, liderada por la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2002). Las once FESP definidas fueron:

FESP 1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud

FESP 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud

FESP 3. Promoción de la salud

FESP 4. Participación de los ciudadanos en la salud

FESP 5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.

FESP 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública

FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.

FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

FESP 10 Investigación en Salud Pública

FESP 11. Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2002, pp. 59–71).

El documento de la OPS resalta el importante rol de la Epidemiología para la implementación, desarrollo y evaluación de las FESP en general, y en particular su papel fundamental en las FESP 1, 2, 9 y 10.

Este era el contexto de la discusión internacional en Salud Pública cuando comenzó a gestarse en Colombia la idea de un doctorado para el país. En las Jornadas Nacionales de Epidemiología de 1992 realizadas en Rionegro, Antioquia, la asamblea de la Asociación Colombiana de Epidemiología planteó la necesidad de tener un doctorado en Salud Pública o Epidemiología para el país. Esa iniciativa la recogió Germán González cuando en su decanatura diseñó el Plan Neurona que permitiría formar en doctorado varios profesores de la FNSP, pero como se relató en el capítulo pasado, el Plan nunca fue financiado por el Ministerio como se esperaba y no pudo llevarse a cabo (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016, p. 5; Gonzalez, 2015). En la Universidad de Antioquia se tenía la experiencia del impulso de la investigación en ciencias básicas biomédicas con los programas de doctorado; sin embargo, las capacidades de la FNSP no daban para tener un doctorado propio, pues para entonces, mediados de los noventa, sólo Germán González y María Patricia Arbeláez tenían título de doctores. “Yo después de llegar de Hopkins, donde vi esa infraestructura para el desarrollo de los doctorados, me parecía impensable un doctorado aquí”, cuenta María Patricia Arbeláez (María Patricia Arbeláez, 2016a). Por tal razón, la alternativa era coordinar con otras Universidades del país para construir conjuntamente un doctorado nacional inter-universitario en salud pública:

“Con doctorado, aquí estábamos Germán y yo, en Cali, Alberto Alzate y Gabriel Carrasquilla, quienes además formaron a Miriam Orosteguí y Luis Carlos Orozco de la UIS en Bucaramanga y a Edgar Navarro de la Norte en Barranquilla, en la Nacional estaba Carlos Agudelo y luego llegó Saúl Franco, y en la Javeriana estaba la gente de Epidemiología clínica. Ninguna universidad tenía la capacidad para hacerlo solo, pero al juntarlas teníamos suficientes profesores para sostener un programa de doctorado, además que en esos años fuimos contactando

universidades de Estados Unidos, Canadá y Europa para que nos brindaran apoyo. Nosotros siempre tuvimos una conciencia de que el doctorado no podía ser en Epidemiología, que el doctorado que teníamos que promover era un doctorado en Salud Pública para que la convergencia de todas las áreas de la salud pública le apuntaran a una formación avanzada, doctoral (María Patricia Arbeláez, 2016a)”.

Con el apoyo de la OPS, en 1995 se comienzan a realizar una serie de reuniones en las que participaron la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad del Valle, la Universidad Industrial de Santander, la Universidad del Norte y la Universidad de Caldas. En la primera, se definieron las reglas de juego, se definió un plan general y los parámetros para conformar la unión estratégica de las universidades, en la segunda se firmó el Acuerdo de Rionegro donde las universidades se comprometían a elaborar un proyecto colaborativo y se definieron trece líneas de investigación. Para noviembre de 1997 el Consejo de Facultad aprueba el programa y en junio de 1998 lo hace el Comité de Posgrados del Área de la Salud (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016; Gómez-Echeverri & Correa-Urbe, 1999, p. 108).

A pesar de los avances se presentó una dificultad que necesitaba ser sorteada: ¿qué universidad administraría el programa y recogería los ingresos por matrícula, certificaría los créditos y cómo sería la titulación? La discusión sobre esos temas fue un cuello de botella que fue desgastando el proyecto. Se concertó que las candidatas para hacer esas tareas deberían ser las que tuviesen mayor experiencia, es decir, la Universidad Nacional y la Universidad de Antioquia (María Patricia Arbeláez, 2016a; S. Franco, 2015; Gonzalez, 2015; Olaya-Peláez, 2015). Mientras ambas hacían las consultas, la Universidad Nacional decidió abandonar el proyecto y construir un programa de manera autónoma, aprovechando además que sus programas no tienen que cumplir con el trámite habitual de las otras universidades, sino que, por su carácter Nacional, son aprobados directamente por su Consejo Superior:

La cuestión fue que a finales de los noventa se fueron viendo las enormes dificultades que tenía un proyecto interuniversitario porque cada universidad, por sus estatutos propios, exigía que el proyecto estuviera totalmente ajustado a su institucionalidad, lo cual terminaba siendo imposible. Entonces, yo creo que fui de los que ayudó a ver que tenía más realismo, dada esa complejidad, intentar hacer un programa propio de la Universidad Nacional. Yo entré en la Nacional en el noventa y nueve, precisamente. Entonces varios vimos que no había condiciones, que sería un proyecto a muy largo plazo, que mejor valía la pena intentar proyectos de universidad en algunas de las universidades. Obviamente, las que tenían como peso para eso eran la Nacional y la de Antioquia. Entonces en la Nacional se configuró un grupo de trabajo inter-facultades, ahí estaban la facultad de Medicina,

Odontología, Enfermería, Economía, Derecho, Medicina Veterinaria, Ciencias y Ciencias Humanas. Economía y Veterinaria salieron del proyecto original y quedamos cinco facultades. Fue muy interesante porque fue una conceptualización plural con incidencia de distintas concepciones, enfoques, tanto de la salud pública como de un doctorado. Fue una discusión muy rica pero a la vez muy compleja y, a veces, bizantina. Por ejemplo, al ser una universidad facultativa, usted no puede romper esa organización, en cuestiones administrativas, de presupuesto, de asignación de personal, de espacios físicos, ahí ya era a otro precio, eso fue difícil. Entonces el discurso “inter-facultades” sonaba perfecto, el discurso interdisciplinario, perfecto, pero ya en lo operativo todo era un problema. Finalmente lo logramos superar, pero no fue fácil: lo comenzamos a trabajar en 1999 y el doctorado fue aprobado hasta abril de 2003.

Yo creo que el doctorado logró quedar con una impronta interdisciplinar y con una mirada de la salud pública más abierta, no como un apéndice del conocimiento biomédico, sino como un campo de saber y de prácticas abierto, oxigenado, comprometido con el bienestar y la vida, respetando las distintas disciplinas, pero en un campo más amplio, más complejo (S. Franco, 2015).

Con el retiro de la Universidad Nacional se desbarató la posibilidad de un doctorado interuniversitario en Salud Pública. Sin embargo, El Decano de la FNSP, John Flórez, decidió trabajar una propuesta propia de la Universidad de Antioquia y encargó a la profesora Gloria Molina de estructurarla, mientras ella hacía el trabajo de campo de su tesis doctoral en *Health Service Management* de la Universidad de Birmingham, Inglaterra.

Entre 1999 y 2002 se realizaron consultas y discusiones, incluso con quienes habían participado en la construcción de la propuesta anterior: con la Nacional, el Valle, la Javeriana y la UIS, y se armó una propuesta de Doctorado en Salud Pública con énfasis en Epidemiología, Gestión y Política y Salud Ambiental, con la posibilidad de nuevas áreas de formación en la medida que se fueran formando más profesores en doctorado (Molina, 2016). El programa fue aprobado por el Acuerdo Académico 210 del 20 marzo de 2002 y posteriormente se envió a la Comisión Nacional de Doctorados y Maestrías del Ministerio de Educación. El 4 y 5 de febrero de 2003 se tuvo la visita de pares académicos y en abril de 2003 llegó la respuesta del Ministerio que recomendaba la creación del programa... pero en Epidemiología.

Hay que reconocer que la fortaleza de la Facultad era principalmente en Epidemiología, la primera doctora fue María Patricia y luego fue Germán, que aunque había comenzado antes que Patricia, se demoró como cinco años haciendo la tesis porque cuando regresó de Canadá fue Vicerrector de investigación de la Universidad y Secretario de Salud de Antioquia. Entonces cuando se presentó la

propuesta del Doctorado en Salud Pública, resultó que los pares evaluadores fueron epidemiólogos, recuerdo que uno fue Fernando De la Hoz de la Nacional; entonces... blanco es y gallina lo pone. Yo estaba de Vicedecano y recuerdo que del Ministerio de Educación nos llamaron y nos dijeron: “vea, les vamos a aprobar el programa, pero en Epidemiología. ¿Lo toman o lo dejan?” Entonces yo me fui con el Óscar Sierra, el Decano, para la Oficina de Posgrados y entonces empieza la burocracia propia de la Universidad: “que cómo nos van a aprobar un programa que no hemos creado”, y ya nos iban a poner trabas. Entonces yo les dije: “ah, ¿entonces por qué no lo creamos?”. Hicimos un borrador urgente para el Consejo Académico porque el Ministerio sólo nos daban como dos meses de plazo, y en el Académico les dijimos “si no lo creamos ya pues nos lo quitan, y ese es el único argumento”. Entonces el Doctorado en Epidemiología es el único programa de doctorado en la Universidad que fue creado sin que nadie lo hubiese pedido y sin seguir el trámite regular: el Ministerio lo aprobó primero y lo creamos después (Olaya-Peláez, 2014).

El programa de Doctorado en Epidemiología fue aprobado por la Universidad de Antioquia mediante Acuerdo Académico 247 del 18 de junio de 2003 y el Ministerio de Educación otorgó el Registro Calificado mediante Resolución del Ministerio de Educación 1836 de agosto 5 de 2003. La primera cohorte se inició en 2004. La propuesta se hizo con un contenido de 89 créditos y una duración de seis semestres con dedicación de tiempo completo. Luego, en Julio de 2015 se renueva el Registro Calificado y se extiende la duración a ocho semestres con 116 créditos (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016). En su concepción curricular, según lo cuenta María Patricia Arbeláez:

“se le quiso imprimir una condición de híbrido, que tuviera flexibilidad al estilo europeo, con un fuerte acompañamiento tutorial, con una construcción muy ligada a su pregunta de investigación, junto con un proceso formativo nuclear que sí garantizara que algunos elementos básicos de la disciplina fueran recibidos” (María Patricia Arbeláez, 2016a).

En 2005 se retoma el documento maestro que se había trabajado inicialmente para el Doctorado en Salud Pública y con el liderazgo de la profesora Molina se construye una nueva propuesta. Para entonces, seis profesores de la Facultad estaban reincorporándose luego de finalizar sus doctorados en salud pública y ciencias sociales. En 2006 se envió la propuesta al Ministerio, el 22 de noviembre de 2007 fue aprobado por medio de la Resolución 7169. El programa comenzó actividades académicas en 2008. En su primera versión fue de 89 créditos distribuidos en 6 semestres de dedicación tiempo completo. Llama la atención que

sólo 3 créditos en el tercer semestre eran de Epidemiología (Comité de Programa Doctorado en Salud Pública, 2017). Cuenta la profesora Molina:

Ya próximo a ser enviado a ministerio el documento, el Decano, Germán González, pide revisión y ajustes a los profesores Álvaro Franco y Álvaro Cardona. Ellos prácticamente sacan a volar Epidemiología y Estadística del plan de estudios. No dejaron tampoco un curso básico y concreto de Salud Pública en el primer semestre. Ambas cosas generaron dificultades en la primera cohorte y se notó luego en la capacidad de los estudiantes para valorar los problemas concretos de salud pública y hacer uso de información e indicadores epidemiológicos (Molina, 2016).

En el año 2013 (tercera cohorte), con base en modificaciones sustentadas en los procesos de evaluación del programa, se aplica una segunda versión del plan de estudios con 92 créditos en seis semestres donde se definen claramente tres ejes de formación: 1) salud pública (cursos teóricos), 2) Investigación (cursos de investigación avanzada, Epidemiología y estadística) y 3) Seminario de línea y construcción y desarrollo de tesis doctoral. Para el año 2014, la resolución 17164 del Ministerio de Educación amplía la duración del doctorado a ocho semestres con 110 créditos para otorgarle más tiempo a la formación y a las actividades investigativas (Comité de Programa Doctorado en Salud Pública, 2017, pp. 10–17).

La manera como se dio el trámite en el que surgieron los doctorados de la FNSP y de la Universidad Nacional plantea las dificultades de un trabajo colaborativo entre académicos, ya sea por razones propias de las disciplinas, por asuntos externos o por competencia por la acumulación de poder y estatus académico. Cualquiera fuese la razón, Colombia perdió la oportunidad de lograr la confluencia de los saberes y experticias de quienes ya tenían formación doctoral en el país en áreas diversas que contribuían a la Salud Pública, era una oportunidad de apostar por un enfoque, si no transdisciplinar, al menos multidisciplinar, donde los epidemiólogos jugarían un papel importante y tendrían la oportunidad de interactuar con otros enfoques disciplinares, epistemológicos y metodológicos para el abordaje de los problemas de conocimiento del proceso salud-enfermedad. Por el contrario, esa oportunidad perdida, sumada a la recomendación hecha por el Ministerio de Educación, tuvo como consecuencia la génesis de dos programas de doctorado en la Universidad de Antioquia, que como veremos más adelante marca la manera de concebir y abordar los procesos académicos de las dos disciplinas en la FNSP.

Valga la pena mencionar que, durante el trámite de aprobación del Doctorado en Salud Pública, la Facultad atravesaba un momento difícil que afecta, posiblemente

hasta hoy, el ambiente académico y laboral. De manera similar a como ocurrió en 1983, en el año 2005 en el proceso de designación de Decano de la Facultad, las consultas a los estamentos (profesores, estudiantes y empleados) fueron a favor del Profesor Rubén Darío Gómez, sin embargo, la decisión final del Consejo Superior fue designar a Germán González, quien ya había sido Decano entre los años 1993 y 1995. Los dos profesores eran parte del Grupo de Epidemiología.

La designación del Decano generó bastante malestar en la comunidad académica de la FNSP y aunque no se llegó a los extremos de la década de los ochenta, sí deterioró bastante las relaciones al interior. Es llamativo que ese tipo de problemas se repiten una y otra vez en las universidades públicas colombianas sin que haya ninguna modificación en las reglas de juego que permitieran ampliar el marco democrático y participativo en la designación de cargos académico-administrativos.

Crisis económica mundial, Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y las luchas por el Derecho a la Salud en Colombia

En su libro “Lo que el dinero no puede comprar, los límites morales del mercado”, Michael Sandel, profesor de filosofía política de la Universidad de Harvard, describe cómo hemos pasado, casi sin darnos cuenta, sin decidirlo, de tener una economía de mercado a ser una sociedad de mercado (Sandel, 2013, p. 10). En ese contexto de capitalismo cognitivo, hoy día, no son transables solo los bienes y servicios sino el mundo intangible, el mundo simbólico en general: el arte, la creatividad y el conocimiento, por ejemplo.

En el año 2008 los efectos de haber convertido el planeta en una sociedad de mercado y haberle dado rienda suelta al capitalismo más extremo pasó factura a las principales economías del mundo, en especial a Estados Unidos y la mayor parte de los países de la Unión Europea (Quintana, Delia, & González López-Valcárcel, 2009). La ventaja relativa de Latinoamérica es que vivimos en permanente crisis y tal vez por eso, los efectos del 2008 no tuvieron un efecto tan notorio en nuestros países. Esta recesión de los países más ricos develó con mayor fuerza lo que el movimiento de la Medicina Social Latinoamericana venía denunciando desde la década de los setenta: que las desigualdades económicas y sociales producen enfermedad, muerte y mala salud, al igual que lo venía haciendo la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS), que precisamente, en 2008 publica su informe final: Subsanan las desigualdades en una generación (Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre Determinantes sociales de la

salud, 2008). En el capítulo 3.2 de este documento se describe el enfoque y propuesta de la CDSS al igual que la de la Medicina Social y Salud Colectiva sobre el “proceso de determinación”, las diferencias entre las dos y su relación con la Epidemiología. Lo que quiero resaltar aquí es, por una parte, cómo ambas coinciden en que las inequidades sanitarias están *determinadas* por las inequidades sociales; por tanto, asumir un enfoque de Determinantes Sociales es asumir un enfoque ético y político de justicia sanitaria que tiene una relación directa con la dignidad humana y por lo tanto con la salud como derecho humano; por otra parte, cómo el enfoque de determinantes sociales de la salud permea la Epidemiología y fomenta la discusión disciplinar sobre la Epidemiología social. Ya sea desde las corrientes latinoamericanas o anglosajonas y europeas, se comienza a cuestionar la suficiencia de los métodos epidemiológicos tradicionales para un abordaje disciplinar del enfoque de determinantes, por ende, de inequidades en salud (ver capítulo 3.2.) (S. Arias-Valencia, 2017).

La discusión sobre Determinantes Sociales de la Salud aporta al debate sobre el sistema de salud colombiano; por una parte, permite poner en discusión la insuficiencia de una estrategia de aseguramiento enfocada exclusivamente en la prestación de servicios asistenciales para abordar la compleja situación de salud de los colombianos que demanda intervenciones sobre los determinantes sociales que promueven la inequidad en salud; por otra parte, fortalece la relación de la salud con la dignidad humana y por ende, su posicionamiento como derecho humano fundamental (Álvarez-Castaño, 2009, 2014).

La crisis del SGSSS y el Derecho a la Salud en Colombia

Antes de cumplir diez años la reforma, ya había varias publicaciones que mostraban cómo no era posible el goce y la garantía del derecho a la salud (DS) en el contexto del SGSSS (Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2001; Hernández-Álvarez, 2000; Paredes Hernández, 2003), además de varios artículos e investigaciones científicas que indicaban el deterioro de la salud pública y el acceso real a los servicios de salud, algunos de ellos de autores vinculados con la FNSP y del GEPI (Arbelaez et al., 2004; E. Echeverry, 2002; Gómez-Arias, 2006; Organización Panamericana de la Salud & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2005b; Restrepo Zea et al., 2003).

Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 la implementación del SGSSS tuvo como efecto una descentralización de responsabilidades pero con disminución de transferencias para el manejo de la salud, cambios institucionales del Ministerio

responsable del sector salud que debilitaron sus acciones de rectoría, control y vigilancia, una profundización progresiva de la intermediación por parte de las aseguradoras en salud (EPS), crisis y liquidación de los aseguradores públicos, crisis hospitalaria, creación de barreras de acceso potenciales y reales a los servicios de salud y deterioro progresivo de las acciones e indicadores de salud pública (Borrero Ramírez, 2014, pp. 68–74).

En la segunda mitad de la primera década del 2000 la crisis del Sistema ya se hacía insostenible. No se logró la cobertura total de aseguramiento prometida para el año 2000 y el estar asegurado: “tener carné”, no era garantía de acceso a los servicios de salud; la Acción de Tutela³⁹ se había convertido en el mecanismo jurídico expedito para exigir servicios de salud que sistemáticamente eran negados por las EPS y la indignación popular crecía ante el ostentoso enriquecimiento de las EPS en detrimento de la prestación efectiva de servicios de salud (Abadia & Oviedo, 2009; Colombia - Defensoría del Pueblo, 2004, 2005; Echeverry-López, 2013). Sin embargo, la preocupación del gobierno estaba centrada en el manejo financiero de la situación, el costo de las innumerables tutelas acumuladas amenazaba la pervivencia del SGSSS. En consecuencia, se promulga la Ley 1122 de 2007 que, por primera vez en más de una década de implementación, exige el reporte de indicadores de resultados en salud a los aseguradores, aumenta la cotización en salud del 12% al 12,5%, limita la “integración vertical” (que los aseguradores sean los mismos prestadores de los servicios) y cambia la nominación de las acciones en salud pública que antes integraban el Plan de Atención Básica (PAB) y desde entonces configuran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y lo alinea con las FESP propuestas por OPS/OMS a través del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011 (Borrero Ramírez, 2014, pp. 71–72; M. Vélez, 2016, pp. 143–145).

Ante la grave situación y la avalancha de acciones de tutela, la Corte Constitucional interviene y el 31 de julio de 2008 profiere la Sentencia 760 que declara “el estado de cosas inconstitucionales en materia de salud” y reivindica el derecho a la salud como un derecho fundamental. Entre las distintas decisiones de la Corte conmina al gobierno a unificar los planes de beneficios (el Plan Obligatorio de Salud, POS) para el régimen subsidiado y contributivo (Colombia - Corte Constitucional, 2008).

Ante la gran cantidad de recobros derivados de servicios que no estaban incluidos en el POS exigidos por vía tutela y que tenían en jaque las finanzas del Sistema, el presidente Álvaro Uribe Vélez anuncia en noviembre de 2009 la

³⁹ Importante resaltar que, como se indicó en el Capítulo 6, la salud quedó como un servicio público y no como un derecho fundamental en la Constitución Política de Colombia de 1991. El efecto práctico fue que las acciones de tutela se interponían por el “derecho a la salud en conexidad con el derecho fundamental a la vida”.

decisión de declarar la Emergencia Social⁴⁰ con dos propósitos: el primero, obtener recursos vía impuestos departamentales al consumo de cigarrillo, cerveza y otros licores para cubrir las deudas de los servicios no POS derivados de tutelas y financiar la obligación impuesta por la Corte Constitucional de unificar los planes de beneficios del régimen contributivo y del subsidiado.

Para el gobierno había un uso abusivo de la tutela como herramienta para exigir el derecho a la salud, por tanto, la intencionalidad de la declaración de Emergencia social era también limitar su uso (Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia & Corporación Héctor Abad Gómez para la Educación y la Salud Pública, 2012).

Esta acción gubernamental genera una ola de indignación nacional. Nunca antes en Colombia se había dado una protesta popular de tal magnitud suscitada por asuntos de salud. Dice Yadira Borrero, Profesora de la FNSP, en su libro *Luchas por la Salud en Colombia*:

En el año 2010 las calles de Colombia sintieron el peso de miles y miles de colombianos que salieron indignados a protestar contra la Emergencia Social que el gobierno del ex presidente Álvaro Uribe Vélez pretendía imponer. Por las calles caminaron juntos estudiantes, trabajadores, profesionales, pacientes y familiares, entre otros. Las calles se vistieron de color y a la voz de “la salud es un derecho y no un favor” los decretos de Emergencia Social fueron interpelados (Borrero Ramírez, 2014, p. 263).

Personalmente considero que el más grande logro de la Ley 100 de 1993 y de la implementación del SGSSS, producto de la percepción casi generalizada de su permanente crisis, pero sobre todo por las incontables víctimas de su ineficiencia y de las restricciones de acceso que impone, ha sido la posibilidad de que los colombianos reconociéramos y nos apropiáramos de la salud como derecho, el cual, por tanto, era posible y necesario exigirlo al Estado.

La FNSP no fue ajena a esta coyuntura. En septiembre de 2009 había sido designado como Decano el profesor Álvaro Cardona. Su nombramiento significaba para muchos la oportunidad de sanar y restablecer relaciones armónicas en el deteriorado clima laboral de la Facultad, además de la oportunidad de que la FNSP asumiera un papel más activo y determinante en el debate por el Derecho a la salud. Sin embargo, desafortunadamente, las relaciones y la desconfianza en la

⁴⁰ En Colombia, el Estado de Emergencia Social es un estado de excepción que se declara por 30 días siempre que sobrevengan hechos que perturben en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país. Le otorga al ejecutivo el poder de promulgar decretos con fuerza de Ley sin tener que pasar por el trámite habitual por el legislativo.

comunidad académica aumentaron, y si bien, la Facultad tuvo mayor visibilidad con la decanatura de Cardona, quien más la tuvo fue él mismo, sin que siempre coincidieran sus posiciones personales con las de los estamentos de la Facultad, según los relatos de varios profesores de la FNSP entrevistados (Epi-UdeA15, 2016; SP-UdeA5, 2016; SP-UdeA6, 2016).

Una vez se declaró la Emergencia Social, en 2010 el Decano convocó a múltiples foros en la Facultad para analizar el escenario y sus implicaciones (Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia & Corporación Héctor Abad Gómez para la Educación y la Salud Pública, 2012). Así mismo la Facultad publicó un extenso pronunciamiento oficial frente a la situación y lo envió a la Corte Constitucional haciendo la petición de declarar su inconstitucionalidad:

El Decano de la FNSP, acogiendo las reflexiones y análisis de su cuerpo de investigadores y docentes, hace público el siguiente pronunciamiento sobre la declaratoria de emergencia social en Salud anunciada recientemente por el Gobierno Nacional, con la expectativa de abrir desde este momento un debate sobre la necesidad de una reforma al SGSSS, en la que se asuma la salud como derecho fundamental y como bien de interés público. [...] Por tales razones le hace la petición a la corte constitucional que declare inconstitucional de la emergencia social establecida por el decreto 4975 de diciembre 23 de 2009 y las medidas amparadas en su contenido (Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2010, pp. 7-9).

Ese mismo año, la Corte constitucional declara la inconstitucional del decreto por medio de la Sentencia C-252 de 2010:

El decreto declaratorio del estado de emergencia social se ha encontrado contrario a la Constitución Política, por cuanto no logró demostrarse la presencia de hechos sobrevinientes ni extraordinarios (presupuesto fáctico); si bien la situación reviste de gravedad no resulta inminente (presupuesto valorativo); y el Gobierno dispone de medios ordinarios para enfrentar la problemática que expone en salud (juicio de suficiencia) (Colombia - Corte Constitucional, 2010, p. 1).

El documento hace una extensa exposición sobre los fallos estructurales del sistema y cómo las medidas que se pretenden asumir por la declaración de la Emergencia Social no los resuelven y por el contrario es una medida paliativa para el Sistema que no favorece el goce efectivo del derecho a la salud.

A partir del movimiento social que se generó en 2010 se comenzaron a estructurar proyectos de ley, uno de ellos, el Proyecto Bicentenario, propuesto por

la FNSP. La propuesta se fundamenta sobre tres pilares: 1) principios para garantizar el derecho fundamental a la salud mediante la construcción de un sistema de aseguramiento público universal; 2) reforzar la gobernabilidad afirmativa del Estado y 3) activar los procesos de gestión participativa del modelo de salud, basada en la atención primaria y en la conformación de redes integrales de salud. Resalta además la necesidad inaplazable de que el Sistema no se fundamente solo en actividades asistenciales, sino que estructure acciones de Salud Pública, además de abogar por acciones intersectoriales en relación con los determinantes sociales de la salud (Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2011, p. 10).

Finalmente, en 2011 en el primer periodo presidencial de Juan Manuel Santos se promulga la Ley 1438 de enero de 2011 en respuesta al malestar que generó la declaración de Emergencia Social, pero en realidad para intentar de dar solución a la crisis financiera generada por los recobros. Sin modificar en nada el núcleo del SGSSS, es decir un modelo de aseguramiento con intermediación de particulares, introduce, coapta expresiones del discurso puestas en discusión a partir de las propuestas que surgieron de la movilización social como “enfoque de derechos”, “determinantes sociales”, “enfoque poblacional” y “modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud”, sin que ninguna de esas expresiones tuviera una reglamentación definida para la acción (Borrero Ramírez, 2014, pp. 71–72; Colombia. Congreso de la República, 2011). Dice Marcela Vélez: “Lo que sí hizo fue facilitarles a las EPS los mecanismos para que evadieran el pago de las deudas contraídas con las IPS en la prestación de servicios, y quitar una o dos barreras que existían para que no se apropiaran de manera indebida de los dineros de glosas a los prestadores” (M. Vélez, 2016).

Mientras se están construyendo y debatiendo los proyectos de ley, el Ministerio adelanta un trabajo para definir un Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) que fue promulgado mediante la Resolución 1841 de mayo de 2013 (Colombia - Ministerio de Salud, 2008). El plan se define como “un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia” con los siguientes objetivos: “1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable” (Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pp. 161–167).

El Plan se estructuró en ocho dimensiones prioritarias y dos transversales. Las dimensiones prioritarias son: 1) salud ambiental, 2) convivencia social y salud mental, 3) seguridad alimentaria y nutricional, 4) sexualidad y derechos sexuales y

reproductivos, 5) vida saludable y enfermedades transmisibles, 6) salud pública en emergencias y desastres, 7) vida saludable y condiciones no transmisibles y 8) salud y ámbito laboral. Las dos dimensiones transversales son: Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión en salud. A su vez, cada sección desarrolla un componente sectorial y transectorial y define un conjunto de acciones (Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; MinSaludCol, 2013).

El Plan se construyó con base en una consulta territorial previa con más de veinte mil personas en 934 municipios. La consulta fue realizada por la Unión Temporal Unidecenal conformada por la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad del Valle, la UIS y la Universidad de Antioquia durante nueve meses en el año 2012. Por supuesto la unidad que se vinculó por la Universidad de Antioquia fue la FNSP, sin embargo, a pesar de la trascendencia de la tarea no se vinculó con el quehacer académico o investigativo (Epi-Egr6, 2016).

Para el Ministerio de Salud, el Plan Decenal es:

[...] la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000); así mismo, plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2017).

En junio de 2013, un mes después de la promulgación del Plan, el Periódico El Pulso realizó una ronda de entrevistas con académicos de todo el país para conocer su percepción sobre el PDSP. Aunque se exalta el propósito del Plan son más las críticas. Se plantea que el Plan, por más ambicioso que sea, sigue siendo un asunto marginal, con recursos marginales en medio del SGSSS cuyo eje continúa siendo el aseguramiento y que consume la mayoría de los recursos del Sistema; así mismo, aunque se les otorga mayor poder y responsabilidades a los entes territoriales municipales y departamentales estos no tienen los suficientes recursos, no solo financieros sino humanos, para su ejecución. El Doctor Fernando Sánchez Torres, Presidente de la Academia de Medicina, resalta la inconveniencia de haber promulgado el Plan sin tener un piso jurídico más sólido a través de una ley estatutaria que reivindique la salud como derecho fundamental. Otro defecto que se enuncia es la poca importancia que se le da a contar con un sistema de información adecuado. Varios de los entrevistados indican la confusión expresada

en el Plan con respecto a la concepción de APS como atención para pobres o atención mínima y no como lo que es: un enfoque organizativo para la prestación de servicios en un sistema de salud, que es poco compatible y por tanto muy poco aplicable en el contexto del SGSSS (Muñoz López, Rodríguez Jaramillo, & Guzmán Paniagua, 2013).

En la práctica de los entes territoriales se concretan las críticas mencionadas por los académicos. Aunque el plan es muy ambicioso y tiene metas concretas, los municipios no tienen las herramientas y los recursos necesarios para ponerlos en práctica, por más presión que reciban de las Secretarías Departamentales de Salud y del Ministerio (Epi-Egr6, 2016).

En 2013, el Gobierno Nacional presentó dos proyectos de Ley al Congreso, el primero para una Ley estatutaria que hiciera cumplir la sentencia de la Corte Constitucional y reivindicar la salud como un derecho fundamental y, el segundo, un proyecto de ley ordinaria que reglamentaba la ley estatutaria y que tuvo gran oposición en la opinión pública porque en realidad no había ninguna transformación de fondo en el Sistema e incluso profundizaba el modelo. Ante tanta resistencia los congresistas y el ejecutivo prefirieron archivar el proyecto para no afectar su capital político en épocas electorales (M. Vélez, 2016).

Finalmente, en febrero 2015 se promulga la Ley 1751 que establece jurídicamente la salud como un derecho fundamental en Colombia dando cumplimiento al mandato de la Corte Constitucional (Colombia - Congreso de Colombia, 2015).

Como parte de su reglamentación en 2016 el Ministerio de Salud lanza la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que se soporta operativamente en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) que está configurado a través de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) (Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Nuevas siglas para el mismo Sistema que en su núcleo no ha sido alterado. Dice Marcela Vélez: “Lo cierto es que ninguna de estas leyes cambia en lo fundamental la estructura del negocio que se ha implementado en el país, lo que hace es intentar definir mecanismos legales que regulen el negocio, o más bien que limiten de alguna manera las arbitrariedades contra los usuarios” (M. Vélez, 2016).

La pregunta que surge es, en medio de este contexto de lucha y reivindicación por el derecho a la salud, ¿qué papel ha jugado específicamente el GEPI y sus programas en esta coyuntura?

La intensa movilización social de la última década alrededor de la problemática en salud en Colombia ha espabilado del letargo en el que se encontraba la Universidad colombiana en general y a la Universidad de Antioquia en particular frente a la discusión y los retos que impone el Sistema de Salud en el país y las

dinámicas de salud global en el mundo. Como ya se ha mencionado, investigadores y estudiantes del GEPI habían realizado aportes importantes que exponían, directa o indirectamente, las dificultades y fallos del sistema: la desprotección de sectores vulnerables, como la población en situación de desplazamiento y la población carcelaria, el deterioro de las acciones de control en eventos prioritarios en salud pública como la tuberculosis, la morbilidad materna extrema y la mortalidad evitable, la necesidad de programas estructurados para el control de enfermedades crónicas y de alto costo como la Enfermedad Renal Crónica, el comportamiento poblacional de enfermedades inmunoprevenibles, entre otros (Arbelaez et al., 2004; Ballesterios, Gaviria, & Martínez, 2006; Gómez-Arias, 2006; Gómez-Arias, Bonmati, Pereyra-Zamora, Rodríguez-Ospina, & Agudelo-Londoño, 2009; Hincapié Palacio et al., 2012; Londoño, González-Ortiz, Vélez-Álvarez, Gómez-Dávila, & Gómez-Arias, 2016; Organización Panamericana de la Salud & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, 2005a; Ortiz et al., 2014; Z. V. Rueda et al., 2013; Z. V. Rueda, López, Marín, Vélez, & Arbeláez, 2015; Salazar, Buitrago, Molina, & Arango, 2015; Santacruz & Hincapié, 2016; Santacruz-Sanmartín et al., 2015; Yepes Delgado, Pérez Dávila, Montoya Jaramillo, & Orrego Orozco, 2017; Yepes Delgado, Yepes Delgado, Vargas Betancourt, & Orrego Orozco, 2010). Estos estudios no sólo han sido pertinentes, sino que mostraron novedades metodológicas en la aplicación de los diseños epidemiológicos convencionales y la exploración de técnicas y métodos provenientes de otras disciplinas tan variadas como las Matemáticas, la Economía, las Ciencias Sociales, la Ciencia Política, la Inmunología, etc.

Sin embargo, algunos profesores entrevistados consideran que esta no es la práctica habitual, no sólo en los posgrados en Epidemiología, sino en la misma vida académica de la Facultad y evidencian una fractura entre el conocimiento que genera la academia y las necesidades que reclama la situación de salud del país. Así lo ve, por ejemplo, el profesor Gabriel Jaime Otálvaro:

El principal obstáculo es la desvinculación del proceso académico de las realidades concretas. La FNSP tiene una relación con el mundo externo permanente pero no es estructurada ni sistemática; son muy pocos los procesos que uno pueda identificar que uno diga “mire, la Facultad tiene un vínculo, construido estratégicamente, con un territorio, con organizaciones o con comunidades”; de decir: “bueno, las acompañamos, y lo hacemos desde lo que la Universidad sabe y puede hacer: producir conocimiento, cualificar la gente, colaborar con la gestión, construir memoria de los procesos que se van gestando, abrir espacios para repensar las construcciones, construir simbólicamente...” [...] La FNSP apuesta más fuertemente al trabajo institucional y por demanda: un ente territorial o una institución necesita algo y busca la Facultad o abre una convocatoria y la Facultad participa. En ese sentido, las demandas suelen ser más funcionales a la política.

Para mí ese es el principal obstáculo con el compromiso con una praxis transformadora que permita pensar la Facultad y la Universidad en todo sentido: en investigación, formación y extensión para aportar, realmente, a la discusión y a la transformación de lo que pasa en salud en el país o en Antioquia, o al menos en una comunidad (Otálvaro Castro, 2016).

La situación que plantea el profesor Otálvaro no es exclusiva de la FNSP, para algunos intelectuales y tomadores de decisiones es una queja a la Universidad, no sólo la de Antioquia, sino incluso como fenómeno global. Hay un reclamo creciente a que los procesos de investigación científica se orienten más a la resolución de problemas contextuales específicos demandados por las situaciones reales de cada una de las áreas del saber que exclusivamente a los intereses de conocimiento de los científicos dentro de los márgenes de su propia disciplina. Otro reclamo va en el sentido a que las agendas de investigación, explícitas o tácitas, son definidas en los centros de poder académico y/o económico del mundo, ubicados en los países más ricos en detrimento de las necesidades de la periferia (Castro-Gómez, 2007; Castro-Gómez & Grosfoguel, 2007; Lander, 2000). Desde mi percepción, esta discusión no se ha dado en profundidad en la FNSP y la Universidad de Antioquia y valdría la pena hacerla para valorar la contribución del saber académico para la resolución de problemas de la sociedad y del desarrollo de cada una de las disciplinas desde posiciones, lecturas y prácticas propias y no solo por las prescritas por los centros de colonización intelectual.

Este asunto se devela por la ausencia de espacios curriculares formales de discusión y reflexión sobre las problemáticas coyunturales de salud en Colombia y el mundo. Las reflexiones que se han dado en torno a las reformas del Sistema fueron por iniciativa y trabajo de algunos profesores, pero no necesariamente a partir de ejercicios académicos de debate propiciados por y para los programas de formación de la Facultad. El contexto de la situación de salud del país es valorado en cada proyecto y en ocasiones en las líneas de investigación que tienen algún tipo de actividad académica o en actividades abiertas de la Facultad que no tienen vínculo curricular.

Una salud pública y dos doctorados

En la actualidad los dos doctorados de la FNSP paradójicamente, son similares y distintos a la vez. Por ejemplo: en la evaluación recibida de parte de Colciencias en respuesta a la solicitud de becas para estudiantes del Doctorado en Epidemiología y

Salud Pública se menciona que los evaluadores no encuentran en los documentos enviados mayor diferenciación entre los dos programas (Epi-UdeA16, 2016); sin embargo, al indagar con profesores y estudiantes, en la práctica son bastante diferentes: mientras el de Epidemiología se concentra principalmente en los métodos epidemiológicos y en las técnicas estadísticas, el de salud pública se expande hacia las ciencias sociales. Es decir, mientras el de Epidemiología tiende a la *concentración* disciplinar, el de Salud Pública tiende a la *expansión*. El riesgo de la concentración es el aislamiento y de la expansión, la dilución. Esta es la percepción de los profesores que más han participado en el Comité de Programa de cada uno de los doctorados:

Yo he estado en el Comité de Programa del Doctorado en Salud Pública desde el comienzo y puedo decir que no hay interacción entre los dos programas doctorales. Muy poca, sólo recuerdo la experiencia que tuvimos en algunas sesiones de un curso de determinantes sociales [...].

El Grupo de Epidemiología es compacto, al menos en su orientación, muy centrado y cerrado en el método y así mismo es su Doctorado. En cambio, el Doctorado en Salud Pública no lo es, comenzando porque no tiene un solo grupo de respaldo, sino muchos, y eso es consistente con el programa que tiene una visión de campo, una visión más amplia. Por supuesto que la visión actual del Doctorado en Salud Pública está muy impregnada desde las Ciencias Sociales; claro, hay otra Salud Pública más convencional y funcionalista, menos reflexiva que es la de la mayoría de escuelas del mundo (Peñaranda, 2016).

El programa nuestro, el de Epidemiología, lo tratamos de estructurar siguiendo mucho el modelo de las escuelas norteamericanas con una orientación muy cuantitativa, muy concentrado alrededor de los métodos, con unos cursos nucleares en Epidemiología y bioestadística, pero con una diferencia, con un *plus*: una impronta en salud pública... pues por ser la FNSP. [...] El doctorado en Salud Pública [...] me parece que se está dirigiendo el énfasis más hacia las ciencias sociales que hacia la salud pública. Esa es mi inquietud: que sea un doctorado más en ciencias sociales que en salud pública. [...] La exigencia está más puesta en asuntos epistemológicos, teóricos, propios de las ciencias sociales y se desplaza el objeto, la problemática misma en salud pública. Es una percepción que tengo. Pero es para discutirla.

[...] Siento que hay muy poca relación entre los doctorados, no se comparten cursos y siento que se ha ido distanciando cada vez más. Creo que eso no está bien. Hay que buscar la manera de reconciliar las cosas. Creo que la Universidad no da una línea clara, la Facultad tampoco, el Consejo de Facultad no tiene elementos, históricamente no han tenido la masa crítica para dar orientaciones y lineamientos para definir por donde deben ir los posgrados.

Lógico, los directores y coordinadores de programa pues han orientado lo mejor que pueden por donde cada uno de ellos les ha parecido que debe ser, pero parece que como que se han ido cogiendo caminos independientes y muy particulares cada programa (Rojas Arbeláez, 2016).

Según las profesoras María Patricia Arbeláez y Gloria Molina, ex-coordinadoras de los doctorados, estos dos perfiles diferenciados han terminado siendo una ventaja, sin que signifique la negación disciplinar de los programas, y por el contrario la posibilidad de profundización. Vale la pena resaltar, en ambos relatos la necesidad de complementariedad y la necesidad de un enfoque integral y común de Salud Pública:

Entonces el distanciamiento es más por el tipo de formación que terminó siendo una cosa positiva en el sentido en que había gente que buscaba específicamente ese tipo de formación y nosotros no abandonamos la formación epidemiológica en el Doctorado en Salud Pública. [...] Terminó siendo conveniente que tuvieran perfiles diferentes porque comenzaron a prestar servicios diferentes a la misma Universidad, mire que muchos de los que empezaron a optar por el Doctorado de Epidemiología eran profesores de investigación de grupos de investigación básica de la Universidad que encontraron en él la apertura de una ciencia básica a una visión poblacional, pero que no llegaba hasta la formulación de la política pública y eso está bien. Yo creo que las tensiones que tal vez hubo antes, que era un sacrilegio hablar de política pública en Epidemiología o hablar de estadística y Epidemiología en un programa de salud pública se han superado y diluyendo por complejidad y las demandas. Yo siento que los programas transcurren sin una agresividad entre sí, ni entre los grupos que lo soportan, sino con una clara necesidad de complementariedad y de posibilidad de optar por cosas distintas. Yo tengo la expectativa de que los programas de Epidemiología y salud pública de la Universidad se están moviendo favorablemente de una mirada interdisciplinar a una transdisciplina (María Patricia Arbeláez, 2016a).

Yo sigo pensando que debería haber una visión integral de la Salud Pública y en ese sentido, en algún momento podría volverse a pensar en unificar los dos programas. [Sin embargo], también reconozco que la necesidad de profundizar en ciertas áreas de conocimiento lleva a que se focalice. En un doctorado no se trata de amplitud y de generalidad sino de profundidad, entonces la Epidemiología misma, sus métodos, sus enfoques, tiene tanto para profundizar que no es razonable distraer a un estudiante en otro tipo de contenidos. Por ejemplo, si al estudiante no le interesan los métodos cualitativos, pues que sepan que existan, pero cuando los necesite, pues se entrenará, por ahora valdría la pena que supiera que le pueden servir para comprender problemas

específicos de salud pública y de la misma Epidemiología, por supuesto. De todas maneras, lo que sí debe procurar la Facultad es mantener la visión integral de Salud Pública en todos los programas. Que se entienda que todo lo que hacemos en cualquiera de los dos doctorados es Salud Pública (Molina, 2016).

Más allá de la pertinencia o no de la diferenciación de los dos doctorados es llamativo que en la Facultad es escasa la discusión de la visión y enfoque de sus programas, posiblemente por una confrontación velada epistemológica y política más que disciplinar. Generalmente las discusiones se centran en los asuntos de plan de estudios y de micro-curriculum. Como lo expresaron estos mismos profesores, otros más y varios estudiantes entrevistados, los programas van llevando el sello personal de quien los vaya coordinando sin que corresponda a una postura institucional, a eso se le suma la dinámica de los procesos vivenciales de cada cohorte y las evaluaciones que hacen los estudiantes del proceso formativo. De igual manera sucede con la interacción con las maestrías y los pregrados.

La trayectoria del Doctorado en Epidemiología

En 2002, la *American Public Health Association*, reúne los líderes de doce asociaciones epidemiológicas para discutir los retos de la Epidemiología en el siglo recién comenzado en los Estados Unidos (Foxman & The 2002 Epidemiology Society Leadership Group, 2005). Uno de los principales ejes que se discutió fue la necesidad de promover y fortalecer los programas de formación en Epidemiología propios y al interior de otras profesiones y carreras. Llamaban la atención sobre la necesidad de discutir sobre cuál debería ser el núcleo de la formación en Epidemiología y de la misma disciplina: ¿la causalidad y los métodos para abordarla o la acción, ya fuese en el ámbito clínico o de la salud pública? Como era de esperarse en la memoria del taller no se resuelve la pregunta, pero permite valorar que la puerta de entrada a una construcción y una posición conceptual de la Epidemiología como disciplina se puede hacer desde la configuración de sus programas de formación más que desde las experiencias de investigación. Por tal razón valorar la trayectoria específica del Doctorado en Epidemiología, así como se describió la de la maestría en el capítulo pasado, es de ayuda para comprender las prácticas epidemiológicas en la FNSP.

De acuerdo con el Proyecto Educativo del Programa del Doctorado en Epidemiología (PEP-DEPI), “el programa reconoce la Epidemiología como una disciplina básica de la salud pública que busca comprender el proceso salud

enfermedad de la población, con el fin de favorecer el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida” (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016, p. 11). Llama la atención que en el Proyecto Educativo del Programa de la Maestría en Epidemiología (PEP-MEPI), la disciplina se define como “[la] disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de los problemas de salud, identificando sus factores de riesgo; con el fin de desarrollar acciones de control y prevención, reducir la discapacidad y aumentar la calidad de vida” (Comité de Programa Maestría en Epidemiología, 2016).

Lo primero a resaltar es que son dos conceptos diferentes, uno apunta a la comprensión del proceso salud enfermedad en la población, mientras que el otro, a la cuantificación de problemas de salud. Aunque los dos programas están bajo la tutela de un solo grupo en la FNSP no hay una coincidencia en la conceptualización de la disciplina en los documentos que orientan sus posgrados. Como ya se ha mencionado antes, los dos posgrados dependen en gran medida de la visión que tenga su coordinador y los miembros del Comité de Programa más que de un ejercicio colectivo de grupo por definirlos.

Mientras que el PEP-MEPI tiene una explícita y clara postura desde la Epidemiología moderna del riesgo con una apuesta explícita a los métodos epidemiológicos y al dominio de las técnicas estadísticas como eje fundamental de la formación, el PEP-DEPI devela tensiones entre enfoques interdisciplinarios, transdisciplinarios e interpretativos constructivistas de la ciencia, de la Epidemiología y de los procesos pedagógicos, pero sus aspectos micro-curriculares develan el mismo énfasis de la maestría a una Epidemiología moderna convencional con estrategias pedagógicas y didácticas de alta escolarización para el aprendizaje de herramientas y técnicas instrumentales (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016).

La tensión se resuelve en las prácticas, de acuerdo a los testimonios de algunos estudiantes, profesores y egresados, el Doctorado está más centrado en el aprendizaje de herramientas epidemiológicas y estadísticas para la aplicación en problemas de salud, que para pensar y definir los problemas de conocimiento en relación con la salud de las poblaciones y asumir una actitud crítica frente a las herramientas metodológicas disponibles, propias de la disciplina o ajenas, para resolverlos.

Para mí la formación en maestría es prescriptiva, cómo aplicar los métodos, son el libro de recetas para resolver algunas preguntas de investigación. En cambio, el doctorado debería formar para generar preguntas y a su vez generar caminos creativos que permitan responderlas. Y eso aquí no se da del todo. Para mí este doctorado es altamente prescriptivo. Sin embargo, yo distingo dos procesos que se dan en la formación: uno el curricular, el que se da en los cursos y otro, el proceso

personal de indagación y apertura, que ya no depende del programa sino de la actitud crítica y la curiosidad que uno tenga frente al proceso formativo y el de su propia tesis.

Por eso, yo creo que lo que más aportaría el doctorado a sus estudiantes, más allá de llenarlos de información, de ver veinte modelos estadísticos distintos, es que le enseñara a uno a reconocer las limitaciones que uno tiene, es decir, uno no se las va a saber todas con un doctorado, pero puede aprender a reconocer y a aceptar lo que no sabe, sus límites. Y eso no se lo da la malla curricular sino la vivencia y el proceso formativo y de confrontación académica (Epi-UdeA11, 2016).

Cuando entré tenía la expectativa de que en el doctorado se diera una discusión profunda sobre los aspectos metodológicos de la Epidemiología, no sobre las técnicas, como en una maestría. Entonces un primer choque fue encontrarme en algunos cursos con algunos profesores con estrategias de enseñanza magistral, un asunto de transmitir información en temas que hoy día... se pueden ver en YouTube. Me hubiera gustado mucho poder ver y discutir críticamente los temas. Menos instrumental. Al principio eso no se dio. Yo esperaba cursos tipo seminario y eran clases magistrales muy instrumentales, de manejo de calculadora, de software. Pero eso se debía también a que éramos un grupo muy heterogéneo, donde varios compañeros no tenían formación básica en Epidemiología y en estadística y el programa debía resolverlo y lo hizo sometiéndonos a todos, a los que ya teníamos Maestría en Epidemiología a volver a ver lo mismo. Pero cuando ya entendí la dificultad de mis compañeros, pues me relajé, pero desde lo personal trataba de mantener una actitud crítica. Esos espacios de discusión crítica se dieron en algunos cursos. Yo creo que el ideal es que el mismo programa pudiera ofrecer a los que son de otras áreas una especie de nivelación para que al comenzar todos tuviésemos las mismas bases y nos pudiésemos concentrar en otros temas y tratarlos con más discusión y profundidad.

También creo que para muchos compañeros esa formación instrumental no estuvo mal, eso era lo que venían buscando. Para mí esa actitud preferente de una formación instrumental y tan poco crítica se da desde la primaria y secundaria. En un contexto como el nuestro, la educación está enfocada para ser profesionales y empleados, no para ser individuos autónomos y críticos. Eso se refleja hasta estos niveles de formación doctoral (Epi-UdeA17, 2016).

La experiencia del doctorado para mí fue tratar de mantener un equilibrio, de aprender lo operativo sin que me desgastara más de la cuenta frente a lo que eso significaba y para lo que servía, que es donde yo me concentro y enfoco. Por eso, la resistencia y el malestar de ver cómo se forman los doctores en Epidemiología en la FNSP que se siguen formando como si la Epidemiología fuera la verdad y siguen intentando defender una “verdad” desde un OR o un riesgo relativo, cuando nada que ver con un contexto específico, con una realidad (Yepes, 2016).

Sin embargo, de acuerdo con los resultados de los procesos de evaluación con estudiantes y egresados, además de la percepción de los profesores del GEPI y de la FNSP, se muestra un progresivo avance del Doctorado desde su origen, tiene poca deserción y algunos de los trabajos mencionados atrás más otros tantos han tenido gran relevancia, no sólo académica sino explicativa y de acción en Epidemiología y Salud Pública.

El Grupo de Epidemiología de la Universidad de Antioquia hoy

Todas las prácticas sociales se configuran a través de las interacciones entre los miembros de una comunidad, en este caso una comunidad académica y disciplinar al interior de una universidad pública ubicada en una de las ciudades más importantes de Colombia. Por eso, para comprender las prácticas disciplinares de los científicos debe hacerse desde su cotidianidad, a través de las maneras de ser, decir y hacer en su vida diaria, “poner suma atención en los detalles de la práctica científica”, dice Bruno Latour (Latour, 2012, p. 38); por eso en esta sección pretendo exponer quiénes son, cómo se están relacionando en la actualidad, cómo valoran su quehacer y qué expectativas tienen los miembros del GEPI frente a los retos actuales y futuros. Esta descripción está atravesada por la indagación permanente sobre el objeto, las maneras de conocer y las implicaciones prácticas de la disciplina, que orienta este estudio y que será profundizada en el siguiente capítulo.

A finales de los sesenta, en la Escuela de Salud Pública se creó la Sección de Epidemiología, Helena Espinosa de Restrepo fue su jefe. En los ochenta, cuando se creó la actual estructura administrativa de la Facultad, Epidemiología pasó a ser un Grupo de Desarrollo Académico dentro del Departamento de Ciencias Básicas. Si bien, desde la fundación de la Escuela, el GEPI ha realizado actividades de investigación, en el año 2000 se formaliza como Grupo de Investigación cuando se presenta a la convocatoria de clasificación de grupos de Colciencias como se describió unas páginas atrás. Esta coincidencia como Grupo de Desarrollo Académico con la responsabilidad de dos programas de posgrado específicos en Epidemiología y de cursos en el pregrado y demás posgrados, y como Grupo de

⁴¹ La Facultad se organizó en dos departamentos: Ciencias Básicas y Ciencias Específicas, seguramente como herencia del modelo flexneriano en Medicina que divide su formación en básicas y clínicas.

Investigación ha sido favorable porque ha facilitado procesos administrativos y académicos, porque ha permitido una menor dispersión de sus miembros quienes contribuyen con su productividad académica y científica a un solo grupo; eso le facilita, por ejemplo, mantener su clasificación en ScientiCol como grupo A1 (Epidemiología UdeA, 2017); esto hace que la situación de los profesores del GEPI sea distinta a la de la mayoría de profesores de la FNSP que realizan sus labores docentes como miembros de un Grupo y sus actividades investigativas en otro.

Sin embargo, esa situación tiene sus desventajas. Si bien el Grupo de Epidemiología durante toda su trayectoria ha participado en proyectos de investigación de otras áreas de la FNSP y ejerció un rol de liderazgo en el desarrollo de la investigación en la unidad académica, la percepción de la mayoría de participantes es que cada día se aísla más, interactúa y participa menos con los demás grupos. “Son lobos solitarios haciendo lo suyo”, es la expresión usada por un profesor del mismo GEPI al referirse a cómo son percibidos los docentes del Grupo por la comunidad académica de la FNSP (Epi-UdeA8, 2016).

Este aislamiento, no sólo limita las posibilidades de interacción académica e investigativa, sino que tiene un impacto sobre la constitución misma de la disciplina, pues revela el interés en la concentración disciplinar mencionada atrás.

Actualmente, el núcleo docente base del GEPI está conformado por doce profesores y el apoyo de una secretaria. De los profesores, cuatro están en comisión (dos en comisión de estudios y dos en comisión administrativa), ocho son profesores de planta de la Universidad y los cuatro restantes son profesores ocasionales con contratación anual. Hay algunos profesores que se contratan por hora cátedra para actividades específicas de docencia, así mismo, hay profesores invitados de otras Universidades que participan en actividades docentes, principalmente del Doctorado. El profesor que lleva más años vinculado al grupo ha sido por 31 años y el menor, dos años. La mitad de los profesores llevan 12 años o menos de vinculación con el Grupo. Son siete médicos, una odontóloga, una nutricionista, una enfermera, un educador físico y una profesional en gerencia de sistemas de información; ocho tienen doctorado, dos lo están cursando y dos tienen nivel de formación en maestría. Diez de los doce han recibido título de maestría o doctorado en Epidemiología y dos en Salud Pública solamente. La mitad de los miembros del GEPI han o están cursando su último posgrado en la Universidad de Antioquia, cuatro en universidades de los Estados Unidos y dos en universidades europeas. Vale la pena mencionar que cuatro de los actuales profesores del grupo fueron Estudiantes Instructores, una beca que otorga la Universidad de Antioquia a estudiantes destacadas durante su formación en maestría o doctorado a cambio de unas horas semanales de apoyo en actividades lectivas en el área específica de formación.

Como se mencionó unas páginas atrás, las relaciones personales del GEPI se ha afectado en los años recientes. Por el testimonio de varios profesores, el ambiente actual del Grupo es de calma aparente. Cada uno realiza su trabajo de acuerdo con sus intereses y a la asignación académica que demandan los programas, en las reuniones del GEPI se resuelven los asuntos administrativos que sean del caso y se evita opinar, mucho menos contradecir o generar polémica. No todos los profesores ven problemática la interacción actual, el profesor Elkin Martínez considera que: “somos más un agregado de epidemiólogos más que un Grupo de Epidemiología. Somos unos epidemiólogos que circunstancialmente estamos en un mismo grupo [...] y eso está bien, no es necesario que tengamos una fusión en nuestras intencionalidades” (Martínez López, 2016).

Una de las consecuencias de lo expuesto es el aplazamiento de discusiones nodulares para el GEPI, discusiones pospuestas, algunas, desde hace décadas o, en ocasiones, asumidas como consensos tácitos que no siempre han sido reales. Esa tendencia se ha acentuado en la última década y se opta preferiblemente por eludir la confrontación y, en algunas ocasiones, descalificar sin discusión las propuestas o novedades. Algunos temas que, a partir de la indagación y mi comprensión, considero se han quedado postergados y que el GEPI no ha abordado con profundidad son:

- 1) Es necesario que el GEPI haga una discusión sobre su propia disciplina. El capítulo siguiente que versa sobre las prácticas contemporáneas de la Epidemiología, muestra que cada uno de los miembros del Grupo tienen una postura frente a la concepción, práctica y uso de la disciplina; sin embargo, a pesar de que en 2010 se intentó abrir la discusión en el espacio del Club de Revistas, esta no prosperó y hubo actitudes abiertamente en contra del ejercicio. De acuerdo con lo expresado en las entrevistas, en este debate postergado, es necesario revisar las corrientes conceptuales y de práctica de la Epidemiología en la actualidad, las que surgen de los centros académicos de poder de la disciplina y las que se asumen desde la periferia. Para el caso específico de las propuestas provenientes de la Medicina Social y la Salud Colectiva, históricamente, algunos miembros del GEPI las han asumido como un asunto ideológico y politizado que amenaza al método epidemiológico, pero sin hacer un análisis riguroso ni dar una discusión académica seria. Como lo manifestó literalmente un profesor, “temó que esa discusión contamine y distraiga a los profesores y estudiantes de la verdadera y única Epidemiología” (Epi-UdeA5, 2015).

2) De manera similar ha pasado con la discusión en profundidad de la relación entre Epidemiología, Medicina (y en general disciplinas clínicas), Salud Pública, Ciencias Sociales y Política, que ha tenido como consecuencia una artificial segmentación disciplinar en la Facultad y en la Universidad. De este debate aplazado se deriva, por una parte, la discusión, muy poco abordada, sobre el objeto de estudio de las disciplinas de la salud y, por otra parte, la amenaza que algunos perciben de la investigación cualitativa al núcleo metodológico de la Epidemiología soportado, en buena parte, en la estadística; por esta razón se restringe (como en la maestría) o se excluye (como en el doctorado) la formación en este tipo de métodos y técnicas.

El Profesor Emmanuel Nieto, valora la falta de discusión de estos dos asuntos así:

Aquí no ha habido posibilidad de hacer una reflexión articulada entre epidemiólogos y salubristas, de manera que haga posible asumir una corriente alternativa en Epidemiología coherente con un pensamiento salubrista más comprometido. Es decir, mientras los que lideran la formación en Epidemiología piensan que lo fundamental es el núcleo, el método exclusivamente, nunca van a armar puentes con el pensamiento salubrista de esta misma Facultad, porque no casa, no lo dejan pegar. Es como si estuvieran en matrices epistemológicas y teóricas distintas, pero también esa discusión se elude.

Es más, hace, digamos, como un quinquenio, cuando se hace más visible el pensamiento alternativo en América Latina junto con el pensamiento anglosajón de la Epidemiología Social, yo pensé que ahí era el momento propicio para articular, para dar el debate y hacer el primer puente, pero no pasó. Yo sigo pensando que una manera de sacar, de ampliar la Epidemiología de su restringido núcleo, de su apuesta exclusiva al método es el tema de los Determinantes Sociales (Nieto, 2016).

3) La tensión que existe entre la formación intelectual, política y conceptual versus la instrumental y pragmática de la Epidemiología tanto en la maestría como en el doctorado. Esta tensión cruza por un debate epistemológico al que, por lo general, se considera banal, pues se prescribe que la Epidemiología es una disciplina “empírico-analítica” o “positivista” y, por tanto, es innecesaria la reflexión epistemológica, a pesar de que en los dos posgrados se cuenta con cursos específicos de epistemología.

4) La flexibilización y desescolarización del currículo de los posgrados. Progresivamente y con dificultad, e incluso por obligatoriedad normativa, se

ha procedido en esta dirección a pesar de que no se ha dado una discusión en el Grupo sobre sus ventajas, debilidades y sobre que presupuestos disciplinares, teóricos, pedagógicos debe hacerse. El tema se ha planteado en los Comités de Programa, pero no hay una reflexión y posición como grupo. Así valora el profesor Juan Fernando Saldarriaga estos aspectos:

¿Cómo se construye un epidemiólogo que tenga capacidades para resolver problemas? Esto toca cuestiones del currículo y de las aspiraciones superiores que tengamos como Grupo. ¿Lo quiere epidemiólogo de recetario? Eso es centrar una formación más en la instrucción y el cumplimiento de órdenes que en la capacidad para analizar problemas. Yo te voy a poner otra frontera que creo que el Grupo debe tener: apelar a didácticas novedosas para la enseñanza de la Epidemiología. A mí me gustaría enfrentar ese reto. También considero que los estudiantes deben tener una oferta amplia y en esa oferta ellos tengan la posibilidad también de elegir y orientar sus propias expectativas. [...]

A veces no ha sido fácil asumir cambios en el grupo. Ya comprenderás que eso de cuidar la tradición epidemiológica, la excelencia, el método... tan afanados por cuidar eso, que de alguna manera hemos tardado más tiempo del necesario para asumir cambios en la formación, en el modelo de formación, de alguna manera hemos sido más refractarios a la incorporación de enfoques que no sean cuantitativos, por ejemplo, eso es un hecho. Que porque “la tradición del grupo ha sido...” A mí me parece una respuesta limitada, muy cortica, miope, cuando el grupo debería estar apuntando a desarrollos que le permitan abordar problemas desde enfoques complementarios para tomar buenas decisiones en salud pública. Yo creo que nos hemos demorado demasiado (Saldarriaga, 2016).

5) Y tal vez la discusión que se ha dado, pero queda a medio camino y sin embargo es una de las principales causas de malestar en la actualidad, es la insistencia de organizar el trabajo del grupo, tanto académico como investigativo, por líneas de investigación como ya se describió previamente. De los once profesores del GEPI actual, sólo dos se declaran satisfechos en este aspecto. Los demás, valoran como un error que el trabajo por líneas sea el eje organizativo del trabajo del Grupo. Se considera que se ha relegado la discusión académica y curricular, que ha afectado la solidaridad entre los compañeros y por el contrario fomenta la rivalidad y la competencia, pues esta gestión está mediada por la distribución de recursos económicos, pero también por la acumulación de capital simbólico y científico para cada una de las líneas medido en prestigio, proyectos y artículos entre otros, que más que ser un motivo para compartir y relacionarse, lo es para competir y dividirse.

Identidad, cohesión y proyección

De acuerdo a lo expresado por todos en las entrevistas realizadas, es posible que la identidad del GEPI está en el interés y disfrute por la Epidemiología, más allá que se tengan posturas y concepciones diferentes frente a la disciplina.

Precisamente por esa pluralidad, hay una coincidencia en la urgencia de hacer explícito el respeto como principio fundamental del GEPI. Con la garantía de un trato respetuoso en las relaciones es posible comenzar a restablecer relaciones de confianza y trabajar en la concertación de una agenda de Grupo.

Lo primero que hay que reconocer es que hay diferentes pensamientos, diferentes escuelas, diferentes visiones y reconocerlo es ya muy importante. Reconocerlo y respetarlo. Para mí la gran pérdida con respecto con lo que me había tocado antes del doctorado es el respeto. Yo sí veía que los profesores tenían perspectivas diferentes, pero me pareció que siempre las discusiones eran en un ambiente de respeto. Recientemente me ha tocado ver que no, yo he sido personalmente afectada en esa parte. Entonces todavía hay un ambiente de descalificación del trabajo del otro. En general en la Facultad hay un ambiente de desconfianza frente a las intenciones que el otro tiene, es decir, no es sólo un problema del GEPI sino de la Facultad y creo que necesariamente eso afecta el trabajo en grupo (Epi-UdeA12, 2016).

A partir de las entrevistas con cada uno de los miembros del GEPI, los ejes identificados que podrían conformar una agenda de trabajo grupal son: 1) los programas de formación en Epidemiología, 2) la integración de la investigación epidemiológica con la acción en salud 3) la colaboración y proyección del GEPI, y 4) la apertura y fortalecimiento metodológico.

1) ***Los programas de formación en Epidemiología.*** Desde la creación del GEPI a finales de los sesenta, la formación en Epidemiología ha sido uno de los elementos que mayor cohesión le ha dado al Grupo. Desde el diseño de programas y currículos hasta la discusión sobre la didáctica. Por otra parte, hay una demanda creciente de epidemiólogos en el medio, tanto de especialización (o maestría en Epidemiología de campo), maestría en investigación y doctorado. También los miembros del GEPI reconocen la necesidad urgente de revisar los programas para darle coherencia, secuencialidad e imprimirles una identidad de escuela. Esa tarea obligaría necesariamente al Grupo a realizar una revisión de la disciplina misma y definir posiciones frente a los debates actuales en Epidemiología.

2) **Integración de la investigación epidemiológica con la acción en salud.** Casi todos los miembros del Grupo coinciden en la necesidad de reflexionar cómo vincular más sus experiencias de investigación con la situación de salud del país y el mundo. Esta reflexión necesariamente es política, pues su propósito es trascender de la sola enunciación del propósito en los proyectos y la producción de artículos y presentaciones académicas para asumir la exploración de potenciales caminos que conecten los resultados de los procesos de investigación con la toma de decisiones en realidades concretas.

Tenemos una deuda con trabajar en el impacto político de lo que hacemos. Que lo que investiguemos sirva para transformar la realidad, sobretodo en la dimensión poblacional, que es lo que nos compete, en la dimensión política. Para mí, no lo estamos trabajando en el grupo. No hay una integración entre lo que investigamos y su uso para la salud de las poblaciones. Yo creo que el Grupo debe pensar más en serio eso. Con cualquiera de los temas que trabajamos cómo influimos en la generación o en el análisis o en el impacto político de lo que hacemos. Y por política no me refiero a ideologías de derecha o izquierda ni a politiquería, me refiero a cómo comprendemos y afectamos –para bien o para mal– la salud de la gente, de la población. Ese es el sentido de la Epidemiología ¿o no? [...] Por ejemplo, tenemos que pensar como grupo en la situación actual de nuestro país, preguntarnos: ¿Cómo aportar a la construcción de paz y el posconflicto? ¿Podemos hablar de una Epidemiología para el posconflicto? (Restrepo-Henao, 2016)

3) **Colaboración y proyección.** Dice María Patricia Arbeláez: “no desconfío de nuestra capacidad de interactuar, sino creo que nos falta más la iniciativa intencionada de hacer parte de una comunidad académica nacional e internacional. Nos falta abrirnos más, estamos muy cerrados” (María Patricia Arbeláez, 2016a). Como ya ha sido previamente mencionado una de las críticas internas, al interior del mismo GEPI y de la Facultad, y externas, es el bajo relacionamiento que se tiene. Varios integrantes del Grupo consideran que esa es una de las líneas que se debe fortalecer para propender por proyectos académicos, investigativos y de extensión más integrales dónde la experiencia de cada uno de los integrantes se exponga e interactúe con el saber de otras disciplinas en lo local y lo global.

Yo veo que cada día es más inevitable la necesidad de múltiples teorías y perspectivas para abordar los problemas complejos de la salud y la enfermedad en las poblaciones. Por eso es imposible que, desde una sola perspectiva, desde sólo el método epidemiológico, se pueda dar cuenta de todo. Pero lo que sí puede ser la Epidemiología, sin abandonar sus métodos, pero sí más allá de ellos es ser la

organizadora, la directora de orquesta, que permita la interacción entre disciplinas y saberes para mejores ejercicios comprensivos de los fenómenos sociales y poblacionales de la salud y la enfermedad. Yo no tengo que ser la experta en sociología, puedo comprender, lo que sí necesito para comprender es poder hablar, tener un lenguaje común o por lo menos concertado, lo mismo con la medicina, con la economía y juntarlos a todos para entender mejor los problemas. Yo creo que esa es la clave. Así funcionan algunos centros de otros países que he conocido y permite acercarse más a la complejidad de los fenómenos sin dejar de ser epidemiólogo. Así debe ser el Grupo (Restrepo-Henao, 2016).

Ese relacionamiento plural y esa colaboración debería comenzar a partir de las propias dinámicas del Grupo. Hoy día la “Reunión del Grupo de Epidemiología” es una reunión exclusiva para los profesores de planta y ocasionales del Grupo, no participan los profesores de cátedra, ni los estudiantes de doctorado y maestría, ni investigadores externos o contratistas de investigación. De manera similar y cómo ya se ha mencionado el relacionamiento del GEPI con otros Grupos y dependencias de la misma Facultad y Universidad es bastante restringido. Por eso una de las propuestas es comenzar por tener una mayor apertura dentro del mismo Grupo para luego proyectarla a la Universidad y a la comunidad académica en Epidemiología en salud pública, que ya no se define por fronteras geográficas sino por comunidades de saber cuyos miembros pueden estar dispersos por todo el planeta. Por eso es clave propender por relaciones con grupos o académicos externos de crecimiento mutuo, de potenciación de capacidades y no sólo de aprendizaje vertical, de colonia intelectual. Entender que tenemos fortalezas que ofrecer desde nuestra historia, nuestros aprendizajes como Grupo y desde quienes somos hoy.

4. Fortalecimiento en métodos. Más allá de que unos profesores del GEPI consideren que el método epidemiológico es uno sólo claramente configurado y definido y otros que plantean que siempre está en permanente configuración y requiere apertura disciplinar y metodológica. Todos coinciden en que es necesario el fortalecimiento metodológico de los integrantes del Grupo. Por supuesto, algunos apuntan a fortalecer los diseños propios de la disciplina y a refinamientos instrumentales estadísticos; mientras otros, a discutir los enfoques epistemológicos y ampliar el espectro metodológico, ya sea para buscar puntos de encuentro con otros saberes y establecer puentes de comunicación o para apropiarse de métodos.

Conclusión del capítulo

El nuevo milenio trae consigo una intensificación del modelo neoliberal que, en el caso colombiano, no solo transforma el sector salud sino también la actividad universitaria. Si bien la Universidad de Antioquia se posiciona como uno de los principales centros de educación superior y de investigación universitaria en el país, no es ajena a las dinámicas del mercado de la educación, ciencia y tecnología; erigiéndose como una institución legitimadora de procesos del capitalismo cognitivo.

En este contexto, la experiencia del GEPI que desde su origen había vinculado la investigación a sus programas de formación en Epidemiología le permite ubicarse en una muy buena posición en las clasificaciones nacionales de grupos de investigación. Varias experiencias investigativas del GEPI en los últimos 25 años han aportado elementos claves para la discusión de la situación de salud en Colombia y de las fallas del sistema de salud, sin embargo, tiene el reto de hacer más visibles los resultados de su labor investigativa tanto en el ámbito académico-científico nacional e internacional como en su conexión para la toma de decisiones en salud.

A pesar del alto valor de muchas de sus investigaciones, se considera que es necesario que tanto el GEPI, la Facultad y la Universidad de Antioquia reflexionen sobre la contribución del conocimiento académico y científico que se produce como aporte a la comprensión y la transformación de realidades concretas y asumir posiciones frente a cómo definir las agendas de investigación disciplinar: a partir de los preceptos e instrucciones que definen los centros de poder académico en el mundo o en respuesta a las demandas de la sociedad aunque eso implique en ocasiones ir contra-corriente de las tendencias globales de la disciplinas.

La génesis y la trayectoria de los programas de Doctorado de la Facultad ponen en evidencia la pugna que hay sobre la identidad disciplinar en Epidemiología y Salud Pública en la FNSP; mientras la primera apunta a la concentración disciplinar enfocada principalmente en sus métodos, la segunda le apuesta a la expansión disciplinar sobre todo hacia el ámbito de las Ciencias Sociales. Sin embargo, el debate disciplinar y su interacción, no solo entre la Salud Pública y la Epidemiología, sino con otras disciplinas, está postergado en la FNSP y es necesario.

Como se ha indicado a lo largo de este informe, las prácticas disciplinares se definen por lo que hacen los miembros de la disciplina, por eso se resalta en este capítulo los problemas de relacionamiento entre los integrantes actuales del GEPI que se han producido en parte por la dificultad de abordar discusiones cruciales que generan tensión y desacuerdo, pero que reflejan la pluralidad de concepciones,

posiciones e intereses de los miembros del GEPI frente a su disciplina. Debates como las tendencias y confrontaciones disciplinares actuales de la Epidemiología, la tensión entre la formación intelectual e instrumental en los programas a cargo, la flexibilidad curricular y el acentuado énfasis en la gestión del Grupo alrededor de las líneas de investigación, han sido postergados. Sin embargo, al consultarlos de manera individual, los mismos miembros del GEPI vislumbran estrategias que permitirían mejorar sus relaciones, abordar las discusiones postpuestas, fortalecer la identidad y dar cohesión y proyección al Grupo.

La trayectoria y las descripciones realizadas en este capítulo, un tanto institucionales de la FNSP y específicamente del GEPI, ofrecen un contexto necesario para anidar la reflexión de las prácticas disciplinares contemporáneas en Epidemiología que son el tema del siguiente capítulo.

Capítulo 8. Una lectura de las prácticas contemporáneas de la Epidemiología en Colombia

Los capítulos anteriores tenían la intención de relatar la trayectoria disciplinar de la Epidemiología en la FNSP. Era una lectura, si se quiere, historiográfica sobre cómo se ha ido configurando la disciplina en medio de los avatares de la Facultad, la Universidad y la sociedad misma hasta llegar al momento actual en el anterior capítulo.

En este capítulo se describirán las prácticas contemporáneas de la Epidemiología en Colombia, más desde la reflexión conceptual de los actores que desde los acontecimientos. Por tal razón, la argumentación en este capítulo está puesta directamente en la voz de los participantes mediante la configuración que he elaborado para que sean inteligibles las reflexiones alrededor de sus propias prácticas disciplinares.

Como se planteó en el primer capítulo, las prácticas no se refieren exclusivamente a la actividad de los sujetos que conforman la comunidad científica, sino cómo sus actividades están condicionadas por normas y condiciones que les permiten elaborar discursos sobre su actuar. Es decir, para este caso, lo que piensan, dicen y hacen los miembros de la comunidad disciplinar de la Epidemiología configuran sus prácticas. Por supuesto, sus discursos no son homogéneos, es más son, por lo general, diversos y, en términos de Bourdieu (Bourdieu, 1999a, pp. 100–126), generan tensiones y luchas por la acumulación del capital simbólico, científico, académico y político que está en juego dentro del campo social, pues de ello depende la definición de las reglas de juego en el contexto específico, en este caso el de la Epidemiología en Colombia; y a su vez, define su relacionamiento frente los movimientos disciplinares que se están dando en el mundo. Esta lectura no parte de “estilos”, “tradiciones” o “paradigmas” como ya se plantearon en el capítulo 3, sino de las configuraciones que pueden surgir entre múltiples ejes de tensión que se develan a partir de las prácticas de una comunidad académica que se reconoce vinculada a una disciplina, en un contexto y con una trayectoria histórica específica que es la FNSP.

Este capítulo presenta entonces los discursos contemporáneos compartidos y los discursos en disputa alrededor de: la conceptualización de la Epidemiología, su objeto de estudio, cómo se configura su saber y cómo definen su propósito los miembros de la comunidad disciplinar. Es importante aclarar que, aunque en este relato se expongan principalmente los polos en tensión, no significa que definan

una tipología rígida en la que se clasifican los enfoques y sujetos, sino que en medio de los extremos se encuentra un amplio espectro de prácticas.

La identidad de la Epidemiología

La última edición del Diccionario de Epidemiología publicada en 2014 con el auspicio de la *International Epidemiological Association* y escrito por Miquel Porta, define la Epidemiología como:

El estudio de la ocurrencia y distribución de acontecimientos, estados y procesos relacionados con la salud en poblaciones específicas, incluyendo el estudio de los determinantes que condicionan dichos procesos y la aplicación de este conocimiento para controlar problemas de salud relevantes. [...] Las poblaciones específicas son aquellas con contextos comunes y características identificables. La aplicación al control hace explícito el objetivo de la Epidemiología: promover, proteger y restaurar la salud, y avanzar en el conocimiento científico. [...] La Epidemiología es mucho más que una rama de la medicina que trata de las epidemias (Porta, 2014, p. 95).

Más allá de esta definición que es compartida, con algunas leves variantes, por varios de los autores de los más influyentes textos académicos de Epidemiología, en la indagación realizada se identificaron dos enfoques de conceptualización y práctica, dos polos en el amplio espectro de valoraciones sobre lo que la comunidad académica y científica considera que es la Epidemiología: el *enfoque instrumental-metodológico* y el *enfoque disciplinar poblacional*.

Enfoque instrumental-metodológico

Este es el enfoque con mayor dominio y poder dentro de la disciplina. Define la Epidemiología esencialmente como un método, un instrumento, que se basa en el método científico y en procesos de cuantificación de los fenómenos para la valoración del proceso salud-enfermedad ya sea en individuos, grupos humanos específicos o poblaciones. Por lo tanto, está al servicio tanto de la salud pública como de la clínica y de todas las disciplinas de la salud que opten por usarlo. Si bien para algunos su propósito es contribuir con la generación de salud, otros consideran que la Epidemiología se justifica esencialmente por su método, independiente de su propósito o usos.

La Epidemiología, en su parte más aséptica, es la aplicación del método científico a las ciencias de la salud (Epi-Egr3, 2016).

La esencia de la Epidemiología es ser una ciencia en el sentido de que observa la realidad del proceso salud-enfermedad, consigna esa realidad sistemáticamente y fielmente, y muestra la evidencia objetiva de esas observaciones (Epi-UdeA5, 2015).

La Epidemiología es la aplicación de un método científico para obtener la evidencia que le sirva a la Salud Pública formular e implementar. [...] El saber de la salud pública es hacia la contextualización, hacia lo conceptual, mientras que, para mí la parte epidemiológica es la utilización de métodos epidemiológicos para generar evidencia científica (Epi-UdeA16, 2016).

Lo que define la Epidemiología, su identidad es el método. Los principios de acercarse a los objetos de estudio, a las poblaciones, a la realidad. Una historia, una tradición de médicos que inicialmente empezaron a hacerse preguntas sobre las enfermedades y una forma de aproximarse a partir de los enfermos o de las poblaciones para estudiarlas. De allí se definieron una serie de métodos, tanto de diseños como técnicas de análisis de los datos, y de entender las diferentes dificultades que hay en la interpretación de esos resultados, como son los sesgos, la confusión, la modificación del efecto. Para mí esa es la identidad de la Epidemiología: el método para poder responder unas preguntas relacionadas con el por qué, con la causa o las causas de la enfermedad, y por otro lado, evaluar el efecto de las intervenciones en salud, desde un método cuantitativo, numérico, apoyado en el uso de herramientas estadísticas (Rojas Arbeláez, 2016).

[La Epidemiología] es el método con el que estudia la dinámica del proceso salud-enfermedad en un colectivo. El sello de la disciplina está en el método, el afán por el método. [...] Entiendo la Epidemiología como una disciplina científica por su rigor en el cumplimiento de las etapas del método científico desde un el paradigma cuantitativo: observe, analice las partes que lo constituyen, mire si responde a ciertas leyes, si puede ser reproducible, ¿son particulares o generalizables para un fenómeno? Ese es el sello de su identidad. [...] Eso es lo que gusta del epidemiólogo, que tenga apego al rigor metodológico y científico en la generación de evidencias para tomar decisiones en lo colectivo o en lo clínico (Saldarriaga, 2016).

La Epidemiología es una disciplina de la salud pública que por medio del método epidemiológico y sus diseños busca conocer la distribución y frecuencia de los problemas relacionados con la salud y enfermedad en la población, con el propósito

de contribuir a mejorar la salud de las comunidades. Sólo eso, la aplicación de otros diseños o métodos son complementarios, pero no son Epidemiología, porque la comprensión de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad de las poblaciones no es exclusiva de la Epidemiología, porque esta es sólo un método, y depende de múltiples métodos tanto de las ciencias naturales, como de las ciencias sociales y de las ciencias políticas. [...] En cambio, el rol de la salud pública es el de la abogacía para que ese conocimiento se convierta en acciones que mejoren la salud de las poblaciones. Eso no es responsabilidad de la Epidemiología. Ahora, eso no quiere decir que los epidemiólogos no solo pueden hacer Epidemiología, también pueden hacer salud pública, pero no es su obligación (Epi-UdeA13, 2016).

La Epidemiología es como ese campito dónde se procesa las preguntas de la Salud pública o de la Medicina. Muchos salubristas hablan mucho, se quejan y se resienten, siempre están en una actitud de decir esto está mal, esto otro está mal, esto también, pero no procesan sus propias preguntas. El epidemiólogo tiene la opción: hacerse la pregunta y procesarla, es decir, toma la pregunta, aplica el método científico, hace un diseño inteligente para responderla, tratar de cubrir todos los desvíos que podrían surgir al responderla, quita todos los peligros de sesgo y la hace, dijéramos, en una forma lo más pura posible para obtener una respuesta objetiva que pueda enseguida ser sometida a su verificación. Con eso entonces da la respuesta verdadera: “esta es nuestra respuesta a la pregunta, esta es nuestra opción de lo que hay que hacer”. Es como la “unidad de inteligencia” de la Salud Pública [...] Por eso yo definí el lema “la Epidemiología es salud bien pensada” (Martínez López, 2016).

Enfoque disciplinar poblacional

En este enfoque se considera que la Epidemiología es ante todo una práctica social de una comunidad académica y científica que tiene como fin la comprensión del proceso salud-enfermedad en las poblaciones, que nace y se debe a la salud pública y, por tanto, su propósito se orienta a propender por la salud de los grupos humanos. Para tal fin se vale de los recursos metodológicos necesarios para hacerlo y se involucra en diferente medida con los procesos de toma de decisiones.

Yo creo que la Epidemiología es una disciplina que se construye y de-construye de forma permanente de acuerdo a lo que hagan los que la practican, es dinámica todo el tiempo, porque los problemas de salud todos los días están cambiando también. La Epidemiología debe otorgar una manera de pensar que obliga a mirar críticamente esos cambios y a buscar cómo comprenderlos y modificarlos. Por eso asumir la Epidemiología como una receta, quedarse en contar muertos, enfermos y sus causas, no tiene sentido (Epi-Egr5, 2015).

La Epidemiología [es] una disciplina básica de la salud pública que busca comprender el proceso salud enfermedad de la población, con el fin de favorecer el mejoramiento de las condiciones de salud y de vida (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016).

Es una disciplina que debe estar al servicio del análisis de situación de salud de poblaciones en perspectiva de transformar esas condiciones que determinan la situación de salud (Gómez, 2016).

Cuántas veces me han preguntado: “¿tú estás especializado en algo?”, “Sí”, “¿En qué?”, “en Epidemiología?” Mmmm... silencio incómodo... “¿Lo de las epidemias?”. “Sí, pero mire, para que me entienda mejor, un médico es a su paciente lo que el epidemiólogo es a su población, ¿me entiende? Es como el médico de las poblaciones” (J. P. Rueda, 2015).

La Epidemiología forma parte de la Salud Pública. La Salud Pública es como la gran sombrilla que organiza una serie de saberes necesarios para actuar buscando mejorar la salud de la gente. [...] Es un espacio de articulación de saberes, donde la Epidemiología tiene un peso central. La Epidemiología es un saber que le da mucha cohesión al campo, al saber y hacer en salud pública, donde participa en relación, y a veces en competencia, con otras áreas. Yo creo que la Epidemiología es a la salud pública como la patología a la medicina. [...] La salud pública es un campo de acción, ha sido una práctica social que tiene una vocación de intervención. Salud pública es sinónimo de buscar cosas para actuar. Por eso me parece que es análoga a la medicina, en ambas el imperativo de la acción es muy fuerte. [...] Mientras que la vocación de la Epidemiología es la comprensión (SP-Ext6, 2015).

Lo que le da identidad [a la Epidemiología] es la capacidad interpretativa de esas condiciones que inciden sobre la posibilidad de una vida de mayor o menor calidad, no sólo enfermedad, llámelo también vida indigna o sufrimiento. Por eso la razón de ser de la Epidemiología es su capacidad interpretativa, de la forma más comprensiva posible, de esos fenómenos y, por lo tanto, las posibilidades de transformación de esas realidades (S. Franco, 2015).

El razonamiento epidemiológico atraviesa tres procesos que le ayudan a uno a entender la medición en Epidemiología. Primero, la caracterización de los eventos en salud de la población, un asunto descriptivo de distribución y frecuencia; segundo, la búsqueda de explicación causal mediante la comparación de grupos, y tres, responder la pregunta ¿para qué sirven las intervenciones en salud?, la

evaluación. Es la mirada y el pensamiento poblacional el que ayuda a abordar esos tres procesos (María Patricia Arbeláez, 2016a).

En la confrontación de estos dos enfoques, la principal crítica del enfoque instrumental-metodológico al disciplinar poblacional se refiere a que los límites disciplinares de la Epidemiología se perderían y que el énfasis más centrado en la acción la definen más como salud pública que como Epidemiología, por eso su identidad debe preservarse ante todo en el método. Por otra parte, consideran que la apertura metodológica es peligrosa porque se corre el riesgo de sacrificar dos principios esenciales de la ciencia positivista: la validez y la confiabilidad. En ese sentido, los métodos que sean llamados a integrarse con la Epidemiología deben pasar el tamiz de cientificidad positivista; de lo contrario el conocimiento generado ya no sería ciencia.

Por su parte, las críticas del otro lado al enfoque instrumental-metodológico plantean que reducir la Epidemiología al método le resta posibilidades frente a su propósito de comprender el proceso salud-enfermedad en las poblaciones, más aún cuando el método se restringe al enfoque de riesgo soportado exclusivamente en técnicas estadísticas. Algunos consideran que la instrumentalización de la Epidemiología hace que el epidemiólogo piense más en métodos específicos y predeterminados para resolver problemas desde un enfoque exclusivo y no sea capaz de abordar el problema en toda su complejidad, por tanto, sus respuestas a los problemas serán parciales, incompletas y muchas veces poco útiles para la acción. Dice el Profesor Carlos Yepes al respecto:

A veces le damos tanta fuerza al asunto del método que nos olvidamos, primero, del contexto, de la demanda de la vida real, y el método *per sé* no da respuesta al mundo real. [...] Sólo el que hace sabe, pero no sólo eso, es el saber el que permite refinar el hacer. Esa es la verdadera escuela. ¿Cuándo se hace uno epidemiólogo? ¿Cuándo se hace uno salubrista? ¿Cuándo se hace uno cualquier cosa que estudie? Pensando y enfrentando los retos de la vida real (Yepes, 2016).

La salud-enfermedad como objeto de la Epidemiología

Hay relativa coincidencia en que el objeto de la Epidemiología es la salud-enfermedad, algunos lo consideran específico en la población y otros, general; otros más le añaden la dimensión cuidado o servicio: “salud-enfermedad-cuidado”; otros

valoran el asunto como un proceso, ya sea asumido como el proceso vital humano o como proceso socio-histórico o ambos. Sin embargo, a pesar de las aparentes coincidencias, hay una escasa reflexión conceptual sobre cada una de las dimensiones que incluye: salud, enfermedad, cuidado, población y su interacción entre ellas.

El objeto son los procesos de salud-enfermedad, independientemente de que sea algo poblacional o individual. Porque así sea algo que se ve en pocos individuos puede ser el comienzo de algo poblacional o para que usted entienda lo que pasa en el individuo debe entender también lo que sucede poblacionalmente con ese tipo de individuos (Rojas Arbeláez, 2016).

A mí me gusta mucho la aproximación de Naomar de Almeida Filho que dice que el objeto de estudio de la Epidemiología es el proceso salud - enfermedad - atención o cuidado en la población. Ahí nos diferenciamos del salubrista público que su objeto es la acción sobre la población no necesariamente el proceso y eso nos hace estar con un pie más en el ámbito biomédico que ellos, aunque ese límite no es muy claro; nos diferenciamos también del salubrista ocupacional y nos diferenciamos del clínico, cuyo objeto es en el nivel individual (Epi-Ext3, 2016).

Alguien tiene que seguir haciendo las investigaciones sobre los procesos mórbidos, tanto en el nivel individual como en el colectivo, y la Epidemiología estará siempre allí. Pero yo creo que la Epidemiología si se engancha con los debates de frontera en salud pública va a lograr sumar a su quehacer investigaciones, no sólo de procesos mórbidos, sino del asunto de la salud y el bienestar. De todas maneras, cada vez se observa más al epidemiólogo comprometido con investigaciones que tocan indicadores positivos del proceso salud-enfermedad, cada día se encuentra uno más epidemiólogos trabajando indicadores de calidad de vida y salud, por ejemplo, de bienestar y salud (Nieto, 2016).

Algunos de los entrevistados consideran que la expresión conceptual de la enfermedad como objeto de la Epidemiología es el riesgo, el cual se vincula con su preocupación central por la causalidad, como lo plantea Porta en el Diccionario de Epidemiología: “El principal "objeto de conocimiento" de la Epidemiología como disciplina científica son las causas de eventos, estados y procesos relacionados con la salud en grupos y poblaciones (Porta, 2014, p. 95)”.

Este concepto de riesgo está ligado a una relación causal entre estímulo y consecuencias, se puede modificar o mitigar y es un concepto tanto analítico como normativo, porque el concepto de riesgo está subyacente, está presente en muchas de las normas que rigen todo el comportamiento de muchas directrices de orden sanitario y social. [...] Toda esta gestión del riesgo que se da en la actualidad se debe entender como un proceso donde la sociedad busca asegurar el control, el monitoreo y una comunicación pública de este riesgo en una serie de estrategias que se basan en la cuantificación, en el principio de precaución, cuando no se conoce el riesgo específico. En Epidemiología hablamos de probabilidad de ocurrencia, lo que vincula al concepto de riesgo con el de incertidumbre. Este concepto también permite valorar poblaciones sometidas a riesgos diferenciales y juzgar su desigualdad como inequidades en un momento dado (María Patricia Arbeláez, 2014).

Es una discusión interesante, como lo plantea Naomar Almeida-Filho en sus libros y artículos, sobre si el objeto de estudio es el riesgo o como otros lo ven es establecer la relación entre el proceso salud-enfermedad-cuidado y sus determinantes. En últimas son dos maneras de verlo y me parece que el concepto de riesgo es más complejo que la simple perspectiva estadística de probabilidad. Pero creo que fijar el objeto en el proceso salud-enfermedad en la población lo hace difuso porque también es de interés de la antropología médica, la sociología de la salud y otras disciplinas, incluso para la misma salud pública suponiendo que sea una disciplina; entonces no creo que lo que nos diferencie sea el objeto, sino lo que nos preocupa de ese objeto, que es la relación causal entre sus determinantes y la salud. [...] Esa pregunta por la inferencia causal es para mí la principal pregunta de la Epidemiología, o sea ¿cómo establezco qué causa la enfermedad y cómo se distribuye? (Fernández-Niño, 2016).

La pregunta por la causalidad centra como objeto no sólo a la enfermedad como desenlace, sino a las exposiciones que se asocian con ella. Estas han mutado en el tiempo: miasmas, microbios, genes, exposiciones biométricas, comportamientos y consumos, exposiciones sociales, culturales, políticas y ambientales, etc. Lo que hace que el ámbito y los métodos de exploración de las causas haya sido diferente en cada momento. Buena parte de la discusión contemporánea en la disciplina es cómo incorporar la dimensión social en la comprensión causal del proceso salud-enfermedad:

La Epidemiología es uno de los saberes que tiene un dominio en términos de comprensión del fenómeno poblacional de la salud-enfermedad mediante sus procesos de medición y cuantificación de la magnitud y la distribución; pero su otro gran interés es la indagación causal y allí es dónde tiene que disputar, o al

menos ponerse en interacción con todas las disciplinas que piensan, no solo la idea de causa, sino los fenómenos colectivos. Es ahí donde la Epidemiología empieza a tener tensiones con cierto tipo de ciencias sociales, no con todas, porque si usted lo mira bien, la Epidemiología tiene un basamento fuerte en algo que los economistas llaman el “individualismo metodológico”. Por eso el epidemiólogo puede hablarse fácilmente con el economista neoclásico y con el sociólogo funcionalista. Es más, muchos de los recursos metodológicos de la Epidemiología son de la discusión sociológica y demográfica. El problema es con otras ciencias sociales que le pelean a la sociología funcionalista, a la economía neoclásica, y claro, de paso le pelean a la Epidemiología. El debate se da cuando definimos que lo colectivo, lo poblacional, lo social no es sólo la sumatoria de individuos. Para mí, ese el núcleo actual del conflicto en Epidemiología, porque más que la realidad “poblacional” es una realidad social, que se construye en la interrelación, que va más allá de los individuos. Claro, eso suena bellísimo, pero cuando uno lo quiere operativizar no es fácil. Entonces ahí viene la réplica de los epidemiólogos: “pues sí, muy bonito e interesante, pero lo más concreto que tenemos son los individuos, es la población”. Pero lo que estamos hablando es que los individuos forman relaciones y al relacionarse forman grupos, y la dinámica grupal va más allá. Eso, la Medicina Social Latinoamericana lo maneja desde el Materialismo Histórico con el asunto dialéctico y el proceso de determinación social y demás. Otros lo han manejado desde un enfoque sistémico como realidades emergentes de sistemas, es decir la onda de la complejidad. Pero en el fondo, sea dialéctico, sistémico o complejo, lo que hay es una idea de que lo social, la “causalidad social” si lo quieres, es un nivel de organización de la realidad más amplio, que articula el nivel de los individuos, pero que va más allá de la sola dinámica de los individuos y de su sumatoria como población (SP-Ext6, 2015).

Lo social es el cuerpo en el cual se inserta mis asociaciones clásicas, puedo estar hablando de tabaco y cáncer de pulmón, y puede que lo social no sea una exposición que modifique o confunda la asociación, pero modifica la distribución de la exposición y sin duda modifica el impacto de las políticas de control. Nadie puede hoy negar que lo social hace parte del proceso salud-enfermedad; muchas cosas que tradicionalmente habíamos entendido como individuales no lo son estrictamente; por ejemplo, los estilos de vida se construyen colectivamente. En esa medida, comenzamos a entender que las asociaciones epidemiológicas no se dan en abstracto, sino que se dan en contextos sociales específicos que afectan la discusión causal. [...] Dos nuevas tareas surgen para la Epidemiología: incorporar lo social al entendimiento de los procesos de salud y enfermedad, pero también entender el papel de lo social como generador de salud o enfermedad directamente y medirlo: ¿Cuál es el efecto de la discriminación? ¿Cómo mido las desventajas en salud? (Fernández-Niño, 2016)

El saber epidemiológico

Esta sección se organiza en tres apartados: el primero sobre la reflexión epistemológica que los epidemiólogos hacen de su disciplina; segundo, cuál es la valoración que tienen sobre los métodos y, tercero cuáles son los límites disciplinares de la Epidemiología y cómo se configuran.

Enfoques epistemológicos en Epidemiología

Positivismo y números por omisión

Pocos epidemiólogos consideran valiosa la reflexión epistemológica, incluso en los programas de posgrado en Epidemiología de la FNSP en más de una ocasión se ha sugerido suprimirla del currículo. Usualmente se obvia porque se da por entendido que la Epidemiología reposa en las bases epistemológicas de la ciencia. Y al decir “la ciencia”, al referirse a una única ciencia, remite directamente al positivismo, ya sea en su versión decimonónica o en la popperiana, o como suele recitarse sin mayor reflexión en muchos trabajos de investigación y tesis de Epidemiología de la FNSP, siguiendo la propuesta de Habermas en Conocimiento e interés (Habermas, 1982): “la Epidemiología es una disciplina empírico analítica”. Adicionalmente es una tendencia casi generalizada en los investigadores de la Facultad, sean o no epidemiólogos, que positivismo es lo mismo que un enfoque cuantitativo. Es decir, que cualquier lectura de la realidad que involucre números es, por defecto, un enfoque positivista, así como lo expresa un profesor del GEPI:

Para mí el método epidemiológico es como si fuera el número. Es una mirada neutra, imparcial, en el sentido de que el número en sí mismo no tiene matices, no tiene acepciones, no tiene interpretaciones, es escueto, es apolítico. Pero lo que uno haga con ese número, como uno lo maneje, ya puede tener un montón de implicaciones. La ventaja que yo le veo al positivismo para la Epidemiología, a encontrar el apoyo de las ciencias exactas es poder agarrarme de algo fijo, algo que no cambie. Poder decir: “esto es un dos y seguirá siendo dos hasta que me muera”. ¡Eso me encanta! En el sentido de que me da una sensación de solidez, seguridad y verdad (Martínez López, 2016).

Hay epidemiólogos que no asumen por omisión la herencia de un positivismo ingenuo, sino que han procurado entender las bases epistemológicas sobre las que

se ha construido la Epidemiología, ya sea para asumirlas tras la reflexión o para tomar distancia de ellas:

La Epidemiología que yo llamo clásica se asienta en el concepto de ciencia clásico y en ese sentido responde por toda esa lógica positivista. La forma de hacer ciencia es por medio del método científico: observar, medir, verificar, experimentar. Pero, filosóficamente hablando, hay cuatro aspectos que son fundamentales que se han transferido de la ciencia clásica a la Epidemiología y como tal se conciben como única forma de dar cuenta de lo que es científico: uno es el monismo metodológico, que la explicación científica sólo puede tener una forma, es decir, homogeneidad de método y homogeneidad doctrinal; segundo, esa ciencia físico-matemática es la única forma de explicar; tercero es el énfasis en las causas, la explicación (en oposición a la comprensión), esa lógica explicativa de buscar las causas de las cosas para encontrar leyes, aplicarlas y poder predecir los fenómenos; y, por último, el interés dominador de la ciencia que pretende cosificarlo todo, hasta el último hombre [...].

Yo creo que de ahí se desprende la lógica disciplinar. En la lógica disciplinar hay cuatro aspectos: primero, el análisis: separar para tener luego tener que juntar; segundo, la disyunción, la lógica binaria que no acepta terceras opciones, si es falso no puede ser verdadero; tercero, el reduccionismo, asumido como un punto de vista único de entender el mundo desde la fragmentación en partículas-personas-tiempo; y cuarto, obviamente, la objetividad, la separación entre sujeto y objeto de estudio. Y todo esto llevando a unas conclusiones muy precisitas. Es desde el asiento de este punto teórico lo que da cuenta de una forma de concebir la verdad desde un único punto de vista.

Este es el modelo que fundamenta lo que se nos vende en Epidemiología; obviamente alrededor de esto hay un montón de cosas, un contexto, un asunto de intereses que no son tenidos en cuenta, porque el mismo positivismo en su postura de supuesta neutralidad los niega. [...] Sin embargo, dentro del corazón del positivismo, los físicos de comienzos del siglo XX, cuando plantearon el problema de la incertidumbre, no sólo lo hacían en términos de la imposibilidad de predecir el futuro, sino en términos de la baja capacidad para abstraer el presente. Y eso nos está pasando en Epidemiología, pero no nos queremos dar cuenta (Yepes, 2016).

¿Cuál es el margen de maniobra de los fenómenos biológicos, incluyendo los biológicos poblacionales? Es decir, no niego que hay dimensiones que admiten múltiples interpretaciones del fenómeno salud-enfermedad, pero cuando yo estoy preocupado por el efecto de una exposición sobre un desenlace y ese efecto es biológico (claro la incorporación social de lo que se sabe de esa asociación tiene una dimensión intersubjetiva), es decir, el efecto *per sé* es un mecanismo susceptible de ser sometido a prueba empíricamente y la mejor manera de entender eso es empíricamente. A ver, me explico: si la fumigación con glifosato produce daños o

no para la salud, esa es una pregunta empírica; ahora si esos daños son tenidos en cuenta para la definición de una política, pues eso es otra dimensión. Pero si yo quiero ver una asociación, ¿cuál es el problema de que me aproxime de una manera clásica de la Epidemiología para ver si el efecto por esa exposición, si la asociación existe? Claro, la asociación se da en un contexto sociocultural y económico específico, y eso es importantísimo, hasta más importante, pero no es Epidemiología. Eso corresponde a otras disciplinas.

[...] ahí yo me dije “yo soy post-positivista”, que es como un positivista chévere, como un positivista que todavía cree que la realidad puede ser asible pero hasta cierto punto, reconozco que cierto segmento de la realidad no es asible, es decir, es un realismo que no es ingenuo, admite una indeterminación parcial pero que tampoco cree en la indeterminación total ni en la inexistencia de patrones ni en la relatividad de la verdad, al menos con lo que tiene que ver con cierto grupo de fenómenos, por ejemplo, yo puedo entender que en el mundo de lo ético, de lo político, una postura positivista o post-positivista es insuficiente (Fernández-Niño, 2016).

A pesar de que los epidemiólogos cada día queremos dar cuenta más y mejor de la complejidad de los procesos salud-enfermedad el paradigma sigue siendo positivista, es un paradigma que no logramos superar, como si fuéramos físicos tratamos de buscar las leyes de explicación y la predicción, seguimos anclados en el mismo paradigma de esas ciencias duras y procuramos buscar con modelos sofisticados también esas explicaciones. Por ejemplo, el modelo multinivel le ayuda a uno a identificar la variación del fenómeno que se explica por exposiciones de cada nivel, pero no ayuda realmente a comprender la complejidad de un asunto; es un modelo estadístico sofisticado para aproximarse a esa complejidad, pero creemos que es la única vía válida que tenemos y no (María Patricia Arbeláez, 2016a).

Voces interpretativas disonantes en un coro positivista

Algunos de los pocos epidemiólogos que han reflexionado sobre la dimensión epistemológica de sus prácticas, consideran oportuno y pertinente abandonar el enfoque positivista y abordar el pensamiento y el quehacer epidemiológico desde una postura constructivista e interpretativa, sin que eso signifique una renuncia a sus métodos y a los procesos de cuantificación de los fenómenos; reconocen el número como una lectura más de la realidad, pero admiten que es insuficiente y por tanto requieren ampliar el espectro a nuevas búsquedas y lecturas. Pero insisto, son unas pocas voces disonantes en medio de un inmenso coro positivista:

Ahora, ¿la Epidemiología debe ser sólo investigación positivista? Pues no. Yo creo que precisamente ahora, cada vez más, nos asumimos dentro de modelos interpretativos. Lo primero es reconocer que hay preguntas que se le hacen a la población, otras a la sociedad y otras al sujeto. Cada pregunta me orientará en el método que debo seleccionar. Para mí no hay un problema en utilizar un método u otro, sino el método para qué lo estoy utilizando y que lectura me provee. Eso sí nos lo enseñaron muy tempranamente: el problema es el que va definiendo el método. Entonces no hay que resistirse a eso (Gómez, 2016).

[En la FNSP] hay una grieta en el orden epistemológico entre salubristas y epidemiólogos, por lo menos estoy hablando del epidemiólogo clásico, el que defiende a ultranza el método clásico de la Epidemiología enmarcado en el positivismo versus el salubrista que se ha estado equipando en esta escuela en las nuevas generaciones con nuevas reflexiones venidas de las ciencias sociales y de la filosofía, que es más consciente de las problemáticas epistemológicas que el epidemiólogo. Bueno, es que por lo general el epidemiólogo no tiene la formación suficiente, no tiene el equipamiento adecuado para abrirse al debate, yo creo que es eso también. Pero a pesar de esas disputas epistemológicas, pero yo creo que hay posibilidades de construir, yo creo que aquí, en la Facultad, hay unos cuantos epidemiólogos que han asumido ese debate y por eso están más dispuestos para una apertura frente a la Epidemiología. Falta ver si los dejan. De todas maneras, eso ya de por sí es signo de que algo está penetrando en la Facultad (Nieto, 2016).

Para mí hoy “la ciencia” no es más que un modelo explicativo de la realidad, y como lo dice Orlando Fals Borda, la ciencia es un fetiche, una construcción cultural específica de un grupo social autodenominado científico que genera un saber específico para sostenerse en una posición de poder. Me asumo más desde enfoques comprensivos que nos permiten interpelar la realidad sin asumirlos como verdad, donde el método epidemiológico, si queremos, es uno, pero no el único. Desde esta perspectiva hermenéutica la evidencia es más un asunto contextual por un lado y práctico por el otro. Porque la evidencia, como en los enfoques cualitativos, es más la capacidad que logramos de comprender un fenómeno para “alguienes”, para un grupo de personas específicas, y el hecho de que podamos comprender mejor con ellos, permite aproximarnos de una forma distinta, llegar de una forma diferente en las acciones de salud [...]. Todo eso implica pararse epistemológicamente desde otro punto de vista del tradicional en Epidemiología (Yepes, 2016).

El asunto epistémico no se puede obviar y es fundamental. Hay varios asuntos allí. Uno es tener aproximación sistémica, eso implica que uno tenga una visión que trascienda la visión cartesiana dualista. Lo otro es la necesidad de pensar en las raíces profundas, en la complejidad de los fenómenos, en la falta de linealidad de las relaciones, en la necesidad de considerar el contexto social e histórico de los

fenómenos que uno está estudiando. [...] El asunto es que en ese ejercicio se necesita una reconfiguración epistemológica entre las Ciencias Sociales y las Ciencias, que pudiéramos llamar “Naturales”. Este asunto la Epidemiología lo vive pulpito porque necesita de muchas disciplinas y saberes para abordar con integralidad sus problemas de conocimiento (Epi-Ext3, 2016).

Teoría en Epidemiología

En su libro *Epidemiology and the People's Health*, Nancy Krieger plantea la necesidad de generar teoría en Epidemiología como soporte para comprender sus aproximaciones empíricas a los problemas relacionados con la salud de las poblaciones. Cuestiona incluso si la Epidemiología cuenta con teoría y expone los resultados de una búsqueda sistemática en libros de textos en inglés sobre Epidemiología y muestra su debilidad y despreocupación de los autores en la construcción de una teoría sólida:

Una interpretación de la evidencia presentada es la falta de atención seria a la teoría epidemiológica, lo que significa que la Epidemiología no es realmente una ciencia y por lo tanto no necesita de teorías explicativas específicas del dominio. La forma más habitual de este argumento es que la Epidemiología se trata de métodos, lo que significa que ofrece un “conjunto de herramientas” de enfoques metodológicos para obtener y analizar datos sobre enfermedades en poblaciones, con conceptos epidemiológicos equiparados a conceptos referentes a métodos epidemiológicos (Krieger, 2011b, p. 33).

Usualmente, las escasas construcciones teóricas vienen como un ejercicio de síntesis que buscan concertar o aclarar conceptos a partir de ejercicios investigativos previos, como ha sido descrito en los capítulos anteriores; pero ¿es necesario desarrollar o construir una teoría epidemiológica propia para asentar el saber epidemiológico? María Patricia Arbeláez dice que sí:

La conceptualización que nosotros tenemos de la comprensión del proceso salud-enfermedad muchas veces ha estado limitado a teorías infecciosas, fisiopatológicas, de clases sociales, de los efectos, etc., pero hemos sido incapaces de desarrollar más y mejor teoría que nos ayuden a hacer una comprensión más holística de cómo se comprenden esos procesos desde una mirada compleja. [...] Mire un libro de Medicina Interna, ¿qué dice en el subtítulo “Epidemiología” de cualquier enfermedad?: a quienes afecta, a dónde puede afectar, con qué

exposiciones puede estar relacionado, bueno, en fin, pero ¿en qué teoría sustenta usted esa explicación? Pero, sobre todo, ¿de ahí qué sigue? ¿Qué teoría le ayuda a usted a explicar que eso se dio en esa población de una manera específica y no de otra? Ahí nos quedamos muy cortos. Yo considero, al igual que Rita Barata, que, la búsqueda de técnicas sofisticadas de análisis debería ir acompañada por el fortalecimiento de la reflexión teórica, identificar la Epidemiología más que como un método como una ciencia que tenga objetivo propio (María Patricia Arbeláez, 2016a).

En Latinoamérica, algunos autores del movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva han realizado críticas a la Epidemiología convencional y han realizado propuestas teóricas para el abordaje del proceso salud-enfermedad partiendo de la necesidad de reconocerlo como un proceso social (Almeida Filho et al., 2009; Almeida-Filho, 2000b; J. R. Ayres, 2005; J. R. de C. M. Ayres, 2011; R.B. Barata, 1998; Rita Barradas Barata, 2005; J. Breilh, 2003; Jaime Breilh, 2008, 2013a, Laurell, 1982b, 1982b; Samaja, 1992).

Partamos de lo que pasaba en la Universidad de Antioquia. La Epidemiología que se enseñaba en la FNSP era una Epidemiología clásica, rigurosa, con una pretensión científico-técnica muy fuerte y con un interés, digamos, de neutralidad frente a la cuestión político-ideológica, creo que todavía sigue siendo así. Yo creo que esa ha sido la corriente dominante de la Epidemiología en la FNSP y en casi toda la Universidad de Antioquia. Por otra parte, la corriente de la Medicina Social, que nunca ha sido un movimiento hegemónico, más bien ha sido un poco contracorriente en la Universidad, surge como un cuestionamiento no solo a la Epidemiología sino a todo el enfoque de Salud Pública. Surge entonces una contra propuesta de una “Epidemiología Social”, por llamarlo de alguna manera, que por momentos entra a enfrentar a la Epidemiología convencional y a la Salud Pública, casi como una guerra fría académica, pero en otros momentos, sobre todo en la FNSP, de cohabitación. Ese guion no sólo es exclusivo de la Universidad de Antioquia, sino que se ha repetido en otros lugares del país y en otros países.

La Epidemiología social [latinoamericana] cuando empezó no tenía una madurez muy grande, era un pensamiento embrionario, y como tampoco tiene una metodología propia, sino que es un intento de construcción tanto teórica como metodológica enriquecida de distintas disciplinas y de distintas fuentes; entonces para muchos epidemiólogos esto aparecía como una cuestión diletante, como una cuestión no científica, una cuestión muy ideologizada. Y yo creo que ha faltado en la Epidemiología social una fundamentación más fuerte, un instrumental metodológico y operativo suficiente como para marcar esa diferencia con suficiente solidez, densidad y con suficiente capacidad interpretativa. Entonces esa debilidad interna de la Epidemiología Social, estos otros sectores la han sabido aprovechar para marginarla. [...] La Epidemiología social no ha tenido aún la madurez

histórica, todavía está en construcción. Aunque... también puedo decirlo con igual convencimiento, la Epidemiología convencional tampoco. A pesar de que tiene una trayectoria mayor, le falta muchísimo por hacer, y no solamente en campos por cubrir, sino en problemas internos de su propia consistencia epistemológica, de la validez de sus propios métodos, de su capacidad interpretativa y de la eficacia de su conocimiento para la transformación de la realidad, por tanto a la Epidemiología convencional también le falta mucho.

Sin embargo, creo que esto ha venido cambiando en la medida que la Medicina Social y la Epidemiología Social se ha mejorado en lo teórico y en lo metodológico y han permitido enfrentar importantes problemas en el país y en Latinoamérica, problemas muy candentes, como el de la violencia y el ámbito de la salud y trabajo, por ejemplo. Me parece que eso ha llevado a que nos veamos hoy, creo yo, con igual respeto y mayor reconocimiento y en ocasiones en acciones de complementariedad.

De todas maneras, creo que la Medicina y la Epidemiología Social es más un enfoque, una manera de ver las cosas, y al mismo tiempo una actitud concreta frente a los problemas de salud, con una elaboración teórica mayor muy interdisciplinaria, muy oxigenada, muy abierta, y ese pensamiento ha ido penetrando mucho en las facultades y escuelas de salud en todas partes. Yo diría que es una cosa prácticamente inevitable, es una cosa del desarrollo propio de las sociedades, del desarrollo propio del conocimiento por la necesidad de respuestas cada vez más coherentes y consistentes. En ese sentido yo sí les veo una posibilidad mucho de desarrollo.

Con respecto a las corrientes de la Epidemiología Social europea y norteamericana, debo decir que tengo cercanía y simpatía con la profesora Nancy Krieger, me parece que ella ha hecho un esfuerzo grande, y en mi opinión bastante inteligente por darle sentido, por darle consistencia a un análisis que involucra distintos niveles de determinación, también el esfuerzo que ha hecho, en algunos problemas muy sensibles al interior de los EEUU, como el problema del racismo, para poner un caso, además su enfoque ecológico, me parece que le aporta mucho a la construcción teórica de la Epidemiología Social. Diferente pienso del Dr. Marmot, yo considero que él no tiene una visión esencialmente diferente de la concepción social que tiene la Epidemiología convencional. Él viene de allá y desde allá observa con inteligencia y agudeza estos epifenómenos de las diferencias de clase, del impacto diferencial que tienen ciertos fenómenos sociales sobre la salud de la gente, pero lo hace desde el mismo establecimiento, pero no hay una construcción teórica ni una ruptura (S. Franco, 2015).

La discusión es sobre si es necesario poner de base una teoría de lo social para anidar allí una propuesta disciplinar. Para mí la respuesta es sí, porque de lo contrario ¿dónde se asentarían las explicaciones sobre el tema de la distribución y las causas de la salud y la enfermedad en grupos humanos? Pues no podrían asentarse si no hay una construcción de teorías sociales de la salud y la enfermedad. La perspectiva del marxismo es una de ellas, claro hay otros desarrollos de teorías

sociales en América Latina, unas más comprensivas como la de Naomar Almeida en Brasil y otras más políticas como las de Breilh y la de la Asa Cristina Laurell en la escuela de Xochimilco. De todas maneras, en ese debate las posiciones son consistentes con la idea de la necesidad de explicar un proceso social que se asienta en el desarrollo histórico de las sociedades y en develar las inequidades en salud. Lo que ha hecho Breilh, en su propuesta de Epidemiología Crítica, es poner una teoría del proceso salud-enfermedad soportada en una visión del marxismo, del materialismo dialéctico, y desde allí arman una propuesta más específica del campo del quehacer epidemiológico.

Yo considero que el marxismo tiene un valor teórico para explicar algunos elementos claves: las relaciones de distribución del poder, la historicidad de los cambios, el papel de la dimensión económica, la relación entre lo económico y lo cultural con los problemas de salud, pues ahí hay vetas por desarrollar que la perspectiva marxista permite. Por supuesto que, hoy sería como difícil plantear que sólo el marxismo sea la única teoría válida social para hacerlo, creo que hay desarrollos de algunos neo-marxistas u otros autores de las Ciencias Sociales y la Filosofía Política que han entrado en la discusión y que son muy importantes de traer a la reflexión y al trabajo de los epidemiólogos y los salubristas (Otálvaro Castro, 2016).

Para otros académicos, la elaboración teórica de la Medicina y la Epidemiología Social Latinoamericana es excesiva, lo que dificulta conectarla metodológicamente con una acción transformadora, que se supone es su propósito.

Lo primero es que cuando se profundiza en exceso en la reflexión teórica sin tener datos, pues prácticamente cierra el espacio al conocimiento empírico, pues como diría el profe Mauricio Restrepo: “pues si ya sabe qué va a encontrar, pues para qué investiga” (Fernández-Niño, 2016).

Yo he sentido que a la Medicina Social Latinoamericana y, en general, la izquierda, ha terminado en una posición que pasa de crítica a criticona. Plantean un armazón teórico muy grande y difícil de entender que puede ser cierto y correcto, pero que hace difícil llevarlo a la práctica, tanto en la investigación como en la acción (Gómez, 2016).

El método epidemiológico

Como ha sido planteado en capítulos anteriores, el escaso desarrollo teórico de la Epidemiología ha sido ante todo pragmático y ligado, en la Epidemiología moderna, al concepto de riesgo, que es además el núcleo del método epidemiológico. El concepto de riesgo permite operativizar los objetivos de la Epidemiología de distribución y causalidad de la enfermedad y de evaluación de acciones en salud y, al ser fundamentado sobre bases epistemológicas positivistas, se le impone como criterios de calidad la validez y la confiabilidad. Sin embargo, al ser la mayoría de sus diseños no experimentales, sino observacionales, esos criterios están permanentemente amenazados por sesgos y por su capacidad limitada de inferencia tanto poblacional como causal.

La Epidemiología clásica toda, toda, independiente del apellido que le pongan, se resume en esta lógica: en una variable de exposición que me lleva a una variable de desenlace y que es modificada o confundida por una tercera variable. Para mí toda Epidemiología, cual compleja se resume acá, si yo entiendo esto y soy capaz de llevarlo a una tabla de dos por dos, pues ya, ahí está toda la lógica de la Epidemiología clásica (Yepes, 2016).

Yo creo que el método tiene muchas fortalezas, pero nunca ha pretendido ser perfecto, ni ha desconocido sus limitaciones; al contrario, siempre las reconoce. A grandes epidemiólogos, como Rothman y Greenland, allá en Chapell Hill cuando iban, yo los escuché diciéndole a estudiantes “sean muy críticos ustedes mismos con su trabajo, este método tiene muchas limitaciones, pero es lo mejor que tenemos, duden siempre de los resultados”. De lo que sí estoy convencido es que a partir de malos estudios y malos epidemiólogos, pues malos ejercicios epidemiológicos y se ha ido desvirtuando el método y se ha ido denigrando del método tradicional clásico. También el auge y la moda de las nuevas técnicas, pensar que el multinivel, que las ecuaciones estructurales nos van a resolver todo, irnos cambiando a los métodos de moda, olvidando los tradicionales y clásicos, cuando muchos de los grandes descubrimientos y de las preguntas básicas se podrían resolver con métodos simples. Creo que hemos olvidado mucho eso y nos estamos moviendo desechando eso, pensando que no sirve o incluso no ponemos suficiente atención en la enseñanza de eso, pensando que es una cosa muy sencilla. Por eso es importante volver a los autores, a los libros clásicos, para no perder de vista de qué se trata. El concepto de sesgo, nosotros aquí lo trabajamos muy mal, muy ligeramente. Hablamos de sesgos en general, pero nadie dice qué tipo de sesgo, en qué sentido va el sesgo, de qué magnitud es. Se ha ido alivianando mucho la enseñanza de los métodos epidemiológicos, dejando de darle importancia en

muchas cosas y nos estamos equivocando. Ahí está la esencia y eso lo estamos perdiendo. A mí eso me preocupa mucho (Rojas Arbeláez, 2016).

Si uno revisa con cuidado cuáles son los métodos de la Epidemiología, uno se asustaría al darse cuenta que todos nuestros métodos son prestados: casos y controles de los casos y testigos de la biología; los estudios de cohorte de las cohortes de vida de los demógrafos; los estudios experimentales, obviamente, de las ciencias naturales experimentales. No estoy diciendo que no haya algo eminentemente epidemiológico, pero, en general, los métodos proceden más bien de los derivados de los diseños de experimentos y de sus variantes no experimentales, observacionales, que en últimas los juzgamos como buenos entre más se parezcan al experimento. Un poco trae elementos de la lógica, de la inferencia causal, elementos de la propia estadística, específicamente del diseño de experimentos. Un día me puse a mirar con un economista y utilizábamos los mismos métodos, pero con nombres distintos. Lo que nosotros llamamos confusión, ellos lo llaman endogeneidad.

Sin embargo, antes de plantear posiciones críticas, creo que vale la pena enseñar primero qué es una inferencia, o enseñar qué significa un estudio analítico o cómo se valora la causalidad desde la perspectiva clásica de la Epidemiología. Todo eso antes de hablar de determinación social. Conozco profesores que comienzan diciendo “esto no sirve”. Yo creo que debería ser al contrario: muéstrelo y luego lo critica (Fernández-Niño, 2016).

Hay un mundo de lo que es interesante, este mundo de lo interesante involucra coger todas las acepciones históricas, todas las visiones conceptuales, todas las visiones filosóficas, toda esa riqueza de pensamiento puesta sobre las cosas. Yo sobre eso me digo: “sería muy bueno saberlo”. Dentro de esas cosas interesantes hay cosas que son útiles, y sobre lo útil yo pienso, uno debería saberlo, porque es útil, porque le va a ayudar a resolver situaciones y porque va a tener, como quien dice, aplicaciones prácticas. Pero hay otras cosas que son lo esencial, es un mundillo más pequeñito, lo esencial tengo que saberlo. Para nosotros los epidemiólogos lo esencial es saber manejar muy bien el método, la bioestadística, las ciencias exactas están metidas dentro de lo esencial. Siento que, si me hablan de esto, de lo útil, me encanta; y si tengo la oportunidad de salir y conocer lo interesante, también lo haría de mil amores, lo que sé es que esta dimensión es muy grande, muy compleja y suplementaria, sé que sólo puedo arañarla así por encimita y no debe distraerme de lo esencial como epidemiólogo (Martínez López, 2016).

Sin embargo, otras personas del campo consideran que la crítica y la necesidad de incorporar elementos de las ciencias sociales, tanto teóricos como metodológicos en la Epidemiología es urgente para el abordaje integral de su objeto y para el cumplimiento de su propósito:

Los epidemiólogos han sido fuertemente formados en el enfoque de riesgo, los salubristas, aunque nos enseñan algo del enfoque de riesgo, realmente somos más formados, digamos, en esta relación de entender el contexto socio-político, por eso el enfoque de riesgo jamás nos es suficiente. Formarnos por dos rutas distintas, marca la diferencia, aunque algunos epidemiólogos formados en el enfoque de riesgo, hoy comienzan a entender que es insuficiente, que no alcanza a dar razón, a explicar, ni a transformar la realidad de salud de la gente. Ahí comienza a haber una fisura, una hegemonía que comienza a fisurarse. Y comienza a fisurarse por varios lados: uno, porque la vida de los seres humanos está llena de tragedia y sufrimiento, comienza a fisurarse desde la experiencia propia de la especie... tenemos todos los desarrollos tecnológicos inimaginables en este planeta y sin embargo nos enfrentamos a toda esa muerte evitable absurda.

Entonces, entre comillas, ustedes lograron descubrir “todo” sobre los factores de riesgo, incluso hay gente tan atrevida que dicen que con el control de diez factores de riesgo se evita la mitad de la muerte humana: “la dieta, haga ejercicio, no fume”... me parece de un reduccionismo absurdo; pero digamos que tuvieran razón, pues saberlo no ha servido, porque efectivamente sigue habiendo un montón de mortalidad evitable y la gente no fuma y se infarta, no fuma y se muere de cáncer, y la gente come frutas y verduras y le da un cáncer pancreático y lo mata a los cuarenta años, entonces... ¿de qué estamos hablando? ¿Sí me entendés? Eso de atribuir el riesgo poblacional a lo individual es muy jodido y resulta paradójico y ustedes los epidemiólogos caen en esa trampa todo el tiempo.

Entonces ese enfoque de riesgo se ha venido fisurando por su insuficiencia explicativa, por su insuficiencia en la acción, porque la praxis misma ha demostrado que son insuficientes sólo estas medidas, pero también porque de alguna manera la discusión sobre las desigualdades ha llevado a que empiece a diferenciar que hay una jerarquía y una ponderación en los procesos de determinación, es decir que no tiene el mismo peso ser pobre y analfabeta que no comer frutas y verduras, y esto, para mí, es uno de los debates esenciales de las dos disciplinas, porque hay muchos salubristas con una fuerte trayectoria epidemiológica y funcionalista que te dicen que para qué botas el tiempo con tanta carreta de eso, de la política si esto es un asunto pragmático que requieren unas medidas pragmáticas de control de unos factores de riesgo ambientales, individuales, personales. Es más, yo te digo que la mayoría de los salubristas y los epidemiólogos, no te sacan la discusión de ahí, por eso te digo que ese asunto de “dos disciplinas” en una división más ficticia que real (SP-UdeA8, 2016).

Hubo un momento que sí lo viví, primero antes de irme a Washington y luego allá [década de los ochenta], y fue cuando la Epidemiología se volvió prácticamente una herramienta no más. Fue el momento en el que yo me dije “pero por Dios dónde está esta cosa que yo considero fundamental en quien que se vaya a dedicar a la Salud Pública y a la Epidemiología que es el pensamiento y la racionalidad

epidemiológica y no sólo la aplicación de modelos y herramientas estadísticas”. Yo me dije: “No, la Epidemiología perdió todas sus dimensiones con ese enfoque muy tecnocrático”. Supongo que eso persiste, porque desde entonces yo me comencé a alejar cada vez más de la Epidemiología. Por ejemplo, yo trabajé mucho en cáncer de cuello uterino y de mama. Cáncer de cuello uterino es una enfermedad social, nadie la consideraba así, entonces yo me recorrí todos los países de las Américas con la OPS buscando cómo era posible que una enfermedad, un problema que mataba tantas mujeres y qué tenía herramientas eficaces de tamizaje como la citología, ¿cómo era posible que siguiéramos en ese problema tan serio? Entonces encontré una epidemióloga que hizo un estudio muy importante en la población hispana en California, ella me contó que su tesis de doctorado en Epidemiología fue un estudio de casos y controles, donde comparaba además de varios potenciales factores de riesgo, mujeres hispanas con norteamericanas, y de las cosas que ella encontró y me contó me dijo: "yo encontré que las mujeres con cáncer de cuello uterino tenían compañeros promiscuos, compañeros con varias compañeras" y me contó cómo tenía que ver con aspectos culturales de género y del machismo del hombre latino en los Estados Unidos. Cuando le presentó a su tutor esa parte de su investigación le dijo: “eso no va en la publicación”. ¡Pero cómo es posible que un hallazgo tan valioso no pudiera quedar en la publicación! Al poquito tiempo de haber tenido esa conversación con ella salió un artículo de David Skegg, creo que es sociólogo supremamente importante, que decía que los distintos tipos de sociedades, hay una sociedad que es una sociedad muy tradicional, religiosa, mucha fidelidad tanto de los hombres como de las mujeres, ahí están la sociedad judía ortodoxa, la sociedad española franquista, el cáncer de cuello en ese tipo de sociedades es bajísimo. En esas sociedades la mujer tiene uno o dos compañeros sexuales en toda su vida. Los hombres tienen un poco más de compañeras, pero no es mucha la diferencia. Un segundo tipo de sociedad: donde tanto los hombres como las mujeres comienzan su vida sexual muy temprano y durante su vida tienen épocas de más compañeros o compañeras, pero siempre un poco más arriba los hombres. Esa sociedad tiene unas tasas de cáncer de cuello uterino intermedias, como Estados Unidos y Europa, porque la vida sexual la empiezan temprano y entre ellos, no con prostitutas. Y el otro tipo de sociedad donde las mujeres tienen pocos compañeros sexuales en su vida, dos, máximo tres, pero los hombres tienen muchas más compañeras, muy por encima. Eso es típico de las sociedades de América Latina, de las sociedades más machistas, de África también. Allí el cáncer de cuello uterino es altísimo. ¡Dígame si eso no es un estudio epidemiológico! Eso es lo que teníamos que hacer y divulgar en los programas de cáncer de cuello. Entonces pensé que estos estudios epidemiológicos convencionales nos están obnubilando la realidad, nos están tapando la realidad. Otro estudio que vi, cómo se distribuía el Sida en un territorio de África que comprendía varios países. Los estudios clásicos de Epidemiología no habían podido mostrar cuál era el problema realmente. Entonces se juntaron una serie de investigadores con distintos enfoques, construyeron un marco teórico transdisciplinario, a ver por qué a lo largo de esos países el Sida aumenta, entonces encontraron que en ese territorio había una carretera que unía esos países, y en esa carretera por la que transitaban

trabajadores, muchos hombres, y cada cierto trayecto en esa carretera había una casa de prostitución, pues entonces, claro, ahí se infectaban, ahí se infectaban, ahí se infectaban, luego llegaban a sus hogares y le transmitían la infección a sus compañeras. Era clarísimo el asunto, ¡Eso es Epidemiología! Pero, ¿cuándo yo he visto un diseño epidemiológico que diga eso? ¡Nunca! Otro ejemplo: en algún lugar de Ecuador me fui a visitar el centro de enfermedades venéreas y le pregunté a la auxiliar de enfermería: ¿hay muchos casos de cáncer de cuello uterino aquí? y me dijo: “no, aquí en este centro, no”. “¿Pero por qué? si se dice que una de las causas es la promiscuidad y aquí atienden prostitutas que se supone son promiscuas, ¿no?”. Entonces me dijo la auxiliar: “lo que pasa es que las mujeres que vienen aquí se mantienen muy bien atendidas, se les hace la citología, se les hacen todas las cosas y se les tratan todas las enfermedades. Esas mujeres no tienen cáncer de cuello”. Ahhh, muy bien, entonces me fui al servicio de oncología del hospital y le dije a una de las enfermeras: “bueno, cuénteme cómo son las pacientes con cáncer de cuello”. Me respondió: “aquí llegan unas coliflores, vea, inmensas, ya no se puede hacer nada cuando llegan”. “¿Y de dónde vienen esas mujeres? Ah, generalmente son las indígenas”. “¿Y esas mujeres son promiscuas? No, ellas no, son los hombres los que bajan a la cabecera de los pueblos los días del mercado y... yo no sé pero son las mujeres de ellos a las que les da cáncer de cuello uterino” ¡Ah! y cuando yo les hablaba de esas cosas a los médicos y a los epidemiólogos se enfurecían, un oncólogo casi me pega una vez, pues: “¡Cómo va a negar que el número de compañeros sexuales es un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino! Yo le respondí: “mire, Elizabeth Taylor se ha casado ocho veces y no se va a morir de cáncer de cuello uterino, y no sólo con los que se ha casado sino con lo que ha estado. Y la pobre María, de por allá, de un barrio bien pobre va a morir de cáncer de cuello y no se ha casado sino una vez y sólo ha tenido un sólo compañero”. No, se ponían furiosos y era imposible hacerlos entender.

Todo esto te lo cuento para decirte que la Epidemiología ha perdido la oportunidad de generar conocimiento muy valioso por su incapacidad de integrar su intención, su método con otros saberes como los de las Ciencias Sociales que enriquecerían no sólo los resultados epidemiológicos sino las posibilidades de acción (Restrepo, 2015a).

La Epidemiología debe ser capaz de nutrirse de las distintas fuentes, núcleos, elementos de conocimiento que dan las distintas disciplinas, y así ir configurando y depurando métodos, no un único método. La Epidemiología debe ser multi-método y multidisciplinar (S. Franco, 2015).

Eso no me inhibe para pensar que se debe ampliar la Epidemiología en términos de la pluralidad de los métodos y creo que es allí donde pudiera conservarse la pertinencia de la Epidemiología en nuestro medio, en la medida que sea capaz de abrirse. Creo que en esa coyuntura estamos en la Facultad. Algo se ha ganado, pero no es suficiente. Es hegemónico el método clásico epidemiológico. E insisto, que la

Facultad conservará pertinencia en la reflexión epidemiológica en la medida que esta se abra a una pluralidad de métodos, pues los procesos salud-enfermedad son susceptibles de abordarse con una pluralidad metodológica y esa pluralidad arrojará otras comprensiones de ese mismo proceso de salud-enfermedad que enriquecerán las maneras de entender y de actuar. Ir más allá de los métodos convencionales posibilita enriquecer la investigación tanto en el ámbito de la salud pública como de la Epidemiología (Nieto, 2016).

Yo soy un convencido de que si nosotros somos capaces de integrar lo cualitativo con lo cuantitativo en Epidemiología vamos a dar un gran salto. No es lo uno ni lo otro sino ambos, la razón es porque la Epidemiología nació así, tomando métodos de aquí y de allá para poder dar soluciones a los problemas que se le planteaban, muy pragmática. En su momento se encontró con la estadística porque era la herramienta disponible y le permitió muchos avances, pero las preguntas que nos hacemos van cambiando y las herramientas disponibles también, independiente de qué disciplina vengan. El apego a la tradición del método, ese avance en sofisticar el análisis, la estadística, el software, ha tenido el costo de sacrificar la visión integral y aislarnos. Hoy día, a los epidemiólogos nos da dificultad ya tener una visión integral de los problemas e inclusive de la salud misma. Yo creo que la solución para eso es abrir la disciplina y tener una muy buena formación en salud pública (Gonzalez, 2015).

Los límites de la Epidemiología como disciplina la empujan a la transdisciplinariedad

Como ya lo han anticipado varios de los entrevistados en el debate actual es difícil fijar los límites disciplinares de la Epidemiología. Porta en su diccionario, en la entrada “Demarcación de la Epidemiología” delata esa dificultad y concluye diciendo: “la Epidemiología se beneficia de una rica pluralidad de culturas y prácticas científicas; naturalmente, goza de diversos discursos de demarcación” (Porta, 2014, pp. 95–96).

El debate entre disciplinas más cercano está en la frontera entre Epidemiología y Salud Pública:

El sentido de la Epidemiología es la salud pública, porque si no está enmarcado dentro de un sentido de acción en salud, pues somos metodólogos, somos técnicos de instrumentación de métodos para hacer múltiples comprensiones de la realidad de ese proceso y no más. Por eso también la dicotomía de por aquí va la

Epidemiología y por aquí, la Salud Pública no tiene sentido (María Patricia Arbeláez, 2016a).

Tenemos entonces un sólo método que es propio de nosotros, de la Salud Pública, que es la Epidemiología y tenemos unas preguntas, más que un objeto, alrededor de la articulación de las condiciones estructurales con las construcciones biológicas individuales y colectivas en torno al proceso salud-enfermedad. Sin duda, el método epidemiológico nos puede dar una parte, pero de resto necesitamos de otras disciplinas para comprender algo en relación con esa pregunta. Por eso creo que no hay dos debates diferentes en Epidemiología y Salud Pública. Lo que tenemos es un solo debate disciplinar para ver cómo logramos explicar y articular la relación entre los procesos biológicos, sociales, económicos, políticos y culturales y los problemas de salud. Por supuesto, ese gran debate no es fácil y tiene distintas posturas (SP-UdeA8, 2016).

Eso toca con un debate del estatus disciplinar y científico de cada una de las dos áreas: si logran autonomía, si tienen un objeto de estudio bien definido, si tienen enfoques metodológicos deslindables (uno para la salud pública, otro para la Epidemiología). Yo puedo estar equivocado y esa equivocación puede estar derivada del poco conocimiento del asunto, pero creo que a la final va a haber una confluencia en las dos áreas de estudio y es atrevido lo que voy a decir, pero es imposible pensar ya un epidemiólogo no salubrista o un salubrista sin dominio de las herramientas epidemiológicas. Esa vieja idea del salubrista simplemente equipado para la intervención colectiva y el diseño de políticas públicas, eso se va a diluir, en el sentido que el epidemiólogo está logrando escalar hacia allá. Es más, creo que los debates de frontera hoy en salud pública le abren camino a la Epidemiología hacia ese asunto, a una Epidemiología más abierta (Nieto, 2016).

La otra tendencia apunta integrar múltiples estrategias de diferentes disciplinas para propender por lecturas más comprensivas e integrales del proceso salud-enfermedad que redunden en su propósito de contribuir con mejorar la salud de la gente.

En principio no es que los análisis epidemiólogos sean equivocados, es que son limitados. Hay que reconocer que también dentro de los epidemiólogos hay gente sensata [risas] y dicen “sí, la ciencia es limitada y vamos paso a paso”. Está bien, pero hay que reconocer que cada día son mayores las búsquedas de integración. Si la ciencia fue tan fuerte en separaciones en el siglo XIX y en comienzos del siglo XX, a finales del siglo XX y en el siglo XXI el asunto es cómo integrarse. Porque en últimas, la búsqueda es cómo hago una composición integral de la realidad que

necesito estudiar y transformar. Por eso, no debe casarse con una sola comprensión ni con un solo instrumento, sino con varios, y después... pues mire a ver cómo hace composiciones integrales y coherentes (SP-Ext6, 2015).

Las tensiones en el avance de la Epidemiología tienen relación con la intención de comprender el proceso salud enfermedad desde una perspectiva centrada en la vida, promover el avance del conocimiento científico desde diferentes perspectivas y buscar su propia identidad en medio de un trabajo transdisciplinario, entre otros aspectos (Comité de Programa Doctorado en Epidemiología, 2016, p. 15).

Me atrevo a decir, puede correr, una perspectiva, que en la lógica de las disciplinas, llaman transdisciplinar, que se configura a partir más que de un objeto concreto, de un problema concreto, es la vida real. Adicionalmente supera lo interdisciplinar; no se trata de que estemos sentados diferentes disciplinas cada una aportando desde su saber, no; es *trans*, un prefijo muy complicado porque significa entre, a través y más allá... eso sólo se puede hacer cuando se aterriza en la realidad alrededor de un problema muy concreto que se nos presenta. Y frente a ese problema concreto empezar formas distintas de abordarlo siendo muy creativos en la configuración teórica y metodológica. En este momento no me imagino una manera distinta de hacerlo. Hoy, mi trabajo de investigación tiene una parte de Epidemiología, pero no es ni Epidemiología completamente ni es investigación completamente. Son proyectos de investigación-acción, investigación-intervención. Son proyectos que yo he buscado como profesor de Salud Pública y Epidemiología para tratar de ver cómo nosotros podemos aportar o ayudar a que una población resuelva un problema concreto que tiene (Yepes, 2016).

No se trata de que las Ciencias Sociales vengan a someterse a unas realidades que las Ciencias Naturales y el positivismo han definido. Unas investigadoras de Ciencias Sociales con las que estoy trabajando han insistido: “no pongan a trabajar de manera conjunta a formas irreconciliables de conocer y de aprender”. Por eso, se trata de una reconfiguración donde las Ciencias Sociales tengan la misma jerarquía y donde también entra el saber popular, el saber de la comunidad al mismo nivel. Todos esos saberes: ciencias naturales, sociales y saber popular tienen muchísimo que decir y tienen que incorporarse en el análisis de los resultados y de las acciones que se definen y se toman. Por eso, esa reconfiguración implica tener una visión constructivista e interpretativa donde uno tiene que, como dice Basarab

Nicolescu: “pensar ese espacio vacío entre las fronteras de las disciplinas”, porque finalmente la transdisciplina se construye ahí.

[...] Yo creo que la Epidemiología para poder avanzar epistemológicamente en esa dirección, necesita pensar más allá, tratar de trascender esas barreras que nosotros nos colocamos cuando fuimos formados en nuestras disciplinas. “Las disciplinas disciplinan a los disciplinados”, para eso sirven las disciplinas, para poner barreras. Y para eso estamos nosotros, para romperlas (Epi-Ext3, 2016).

El papel de las Ciencias Sociales en la Epidemiología sigue siendo un punto de debate sobre su forma de entrar. Juan Eduardo Céspedes decía una expresión muy dura y que a veces marca mucho, que los epidemiólogos y los salubristas nos sentíamos a veces como sociólogos mal habidos [risas]. ¡Eso es muy duro!

Lo claro es que el método epidemiológico, en el estado que está actualmente, es completamente insuficiente para una comprensión amplia de su objeto de estudio que es el proceso salud-enfermedad. Lo que pasa es que esos niveles de comprensión tienen que ir llegando y esas aperturas tienen que ser transdisciplinares, pues las lecturas integrales y comprensivas no van a llegar ni solo desde la estadística, ni solo desde la sociología, ni desde ninguna disciplina exclusiva. Tiene que ser cada día más una mirada transdisciplinar donde usted tiene que coger a quien trabaja biología molecular, la lógica espacial de los territorios, lo cultural y ser capaz de integrarlo, ese debe ser el papel del epidemiólogo. Es decir, asumir la complejidad del objeto obliga a una mirada transdisciplinar. Por eso en lo que estamos quedados es en desarrollar más teoría y así ampliar el método, cómo abordar los problemas de conocimiento. No creo que los nuevos métodos los encontremos en la Epidemiología misma; yo creo que las alternativas para comprender esa complejidad llaman a un conocimiento transdisciplinar. [...] El reto es ¿cómo reconocer la complejidad de los problemas de salud y hacerla más aprehensible para poder actuar? (María Patricia Arbeláez, 2016a)

Te decía que si hay una cosa específica de nosotros [los salubristas y epidemiólogos] es tratar de entender ese vínculo entre lo social y lo biológico, ese pedacito ahí es lo que nos permitiría definir un campo específico de indagación y que por su complejidad requiere el concurso del saber de muchas disciplinas, tanto biomédicas como sociales. Pero ¿en dónde yo ubico a las ciencias sociales?:

Usted sabe que la pobreza, la desigualdad, la falta de acceso a los servicios de salud, al agua... usted sabe que eso le va a afectar la salud de las poblaciones y que hoy tenemos un gradiente socio-sanitario identificado. Lo que pasa es que quedarse ahí es insuficiente, hay que avanzar en dos vías:

Una es entender la interacción entre los procesos biológicos y sociales y esa es una vía donde hay que hablar con la genética, con la fisiología, con la biología, la ecología; pero necesitamos entender cómo se configuran esos procesos, porque esos procesos son construcciones humanas; entonces necesitamos entender cómo se configura el Estado, las relaciones, las desigualdades sociales, porque la Salud Pública no sólo quiere entender la causa y la explicación sino que ante todo quiere transformar, entonces necesitamos las ciencias sociales para poder entender para transformar. Si yo no entiendo cómo es que se configuran socio-históricamente esos procesos sociales yo no puedo intervenir en ellos. La salud pública necesita entender y transformar.

¿En dónde percibo el mayor vacío? Pues en los ejercicios de transformación que ha hecho la Salud Pública basada exclusivamente en el conocimiento epidemiológico. Tenemos unas cosas que, digo yo, vacuas, por ejemplo, “abogacía”, entonces vaya, y les dicen a los investigadores que haga un *paper* de dos páginas porque los brutos políticos son analfabetas y no saben leer las cincuenta páginas que usted escribe y explíquelo al bruto político para que usted lo persuada. Nada más ingenuo y lejano a cómo funciona la toma de decisiones y el ordenamiento político. O decimos que, digamos que las 10 prácticas esas que se mueven desde la Epidemiología tradicional son verdad, asumamos que es de verdad pa Dios que si damos teta, ponemos agua potable, saneamiento, cinco verduras y frutas... que con eso vamos a reducir un montón de porcentaje de mortalidad evitable. Sumercé, como la Salud Pública no entiende cómo son las construcciones culturales hace un montón de güevonadas con eso, va y hace charlas pendejas, cree que las personas sólo son sujetos racionales, cree que el sujeto es por excelencia un individuo racional, que hace un ejercicio de libre elección racional, de acuerdo al costo-beneficio que la elección le genere. Nada más lejos de las construcciones culturales de nosotros como especie, nada más lejos de la comprensión de lo que es el inconsciente, los aportes del psicoanálisis, de la antropología cultural. Ahí es donde yo digo, para nosotros entender todos esos procesos de configuración histórica, económica, social, política y cultural que atraviesan el proceso salud-enfermedad y sobre los que habría que actuar para transformar el proceso salud-enfermedad, necesitamos de las Ciencias Sociales para poder avanzar (SP-UdeA8, 2016).

¿Para qué la Epidemiología? Epidemiología, ética y política

Como se planteó en el capítulo 3.1., inevitablemente, el propósito de la Epidemiología es un propósito moral y político. En la mayoría de los libros de texto de Epidemiología hay una declaración explícita de su propósito de aplicar su

conocimiento para el control de los problemas de salud, en palabras de Krieger: “mejorar la salud de la población y prevenir sufrimiento innecesario, incluyendo eliminar las inequidades en salud” (Krieger, 2011a, p. 29).

La disciplina tiene entonces una connotación moral por la valoración que los humanos le damos a estar sanos como parte de lo que consideramos buena vida y la connotación negativa que generalmente tiene la enfermedad –o la mala salud– para la vida que queremos vivir; y política porque la acción de propender por mejorar las condiciones para que vivamos bien entre humanos, es un actuar político. Pero ¿cómo es valorada esa dimensión por los miembros de la comunidad disciplinar de la Epidemiología?

Yo creería que el camino a recorrer es que la Epidemiología, de alguna manera e independiente de que sea la Epidemiología clásica o no, deje de ser un asunto meramente técnico a ser un asunto en otras esferas: en relación con el mundo, el saber; en relación con los otros, el poder, y en relación con uno mismo, lo ético. Yo creo que si logramos un equilibrio en eso y tenemos claro que ese asunto del poder es un escenario que se construye en el camino y que los académicos tenemos la responsabilidad social de seguir aportando a la forma de enfrentar los problemas creería yo que ese es el camino que hay que recorrer (Yepes, 2016).

Para mí las dos categorías, la epistemológica y la metodológica, están subsumidas por lo ético-político. Lo ético-político es lo que lo que justifica finalmente cuál es el método y la posición epistémica y el marco conceptual y teórico desde donde me paro. Es decir, siempre se nos ha endilgado a la gente que trabaja en investigación el asunto de la imparcialidad y de la necesidad de tener una visión, entre comillas, objetiva y neutral. Yo creo que esto es alcanzable hasta un punto, pero no es deseable. Un asunto es no ser transparente y honesto con su posición y otra cosa completamente diferente, pensar que yo voy a manipular datos, falsificar información para ser consecuente con una posición política. Eso sería precisamente una violación ética, sería deshonestidad (Epi-Ext3, 2016).

Pragmatismo epidemiológico versus Epidemiología comprometida

Como ya lo he descrito, no es habitual la reflexión epistemológica en los epidemiólogos. Aunque la trayectoria disciplinar ha estado enmarcada dentro del positivismo, ha sido más un asunto contextual por lo que se consideraba

conocimiento científico en cada momento y por las tradiciones específicas de las disciplinas que han alimentado el quehacer epidemiológico.

Asumir una postura positivista frente a las prácticas en Epidemiología, ya sea explícita o no, implica asumir una postura de neutralidad frente al conocimiento que se genera y sus implicaciones. Se asume que manifestar una intención o un compromiso político, en el sentido que los hallazgos de los estudios epidemiológicos afectan a las poblaciones, es comprometer el proceso de búsqueda, observación y análisis científico y que las decisiones derivadas de allí trascienden a otras esferas del ámbito de la aplicación: la clínica o la salud pública. Como lo manifiesta un Profesor del GEPI: “el rol de la Epidemiología es generar evidencias científicas para la toma de decisiones en salud. Por lo tanto, la tarea del epidemiólogo es mantener el rigor metodológico independiente del uso que se le dé a la evidencia” (Epi-UdeA8, 2016).

Sin embargo, esa misma manifestación es indefectiblemente una posición política, el mismo origen histórico de la Epidemiología y de otras disciplinas hermanas fue el control de la población. Por eso es ineludible la responsabilidad de la Epidemiología como disciplina como dispositivo biopolítico. Muchas de las decisiones que se toman en la vida cotidiana con respecto a mejorar o deteriorar la salud cruzan por hallazgos derivados de la Epidemiología.

Tomar una postura clásica de la Epidemiología soportada desde lo biomédico ya es asumir una posición política. Ahora hay una tendencia en nuestro contexto, en el SGSSS, de que muchos epidemiólogos están entusiasmados con los ejercicios de evaluación económica en salud, pero sin haber hecho una reflexión crítica ni tomar una posición frente a las virtudes o defectos del Sistema. Consideran que a ellos eso no les toca, sin saber, en algunos casos que están secundando un modelo privatizador, donde lo importante es buscar alternativas eficientistas para el manejo de recursos de las aseguradoras y no necesariamente para el Sistema. Eso, así sea por omisión, es una posición política, muy pragmática, pero es política (Epi-Ext3, 2016).

Cuando Mauricio Restrepo, en la Nacional, nos mostraba los objetivos que planteaba el libro guía que trabajábamos en Epidemiología, el último decía “prevenir y controlar la enfermedad”, él decía: “ese es el objetivo, pero de la Salud Pública, la Epidemiología debe generarle la información, para que ellos pongan la salud pública; lo que hagan con eso a mí no me importa”. Por supuesto yo no estoy de acuerdo con esa postura, yo creo que inevitablemente, los que estamos acá inevitablemente estamos conectados con una preocupación de transformar las condiciones de salud de las poblaciones con aportes específicos a problemas concretos de salud (Fernández-Niño, 2016).

Estas reflexiones muestran el carácter pragmático de las prácticas en Epidemiología. Las decisiones de conocimiento no son soportadas en la reflexión epistemológica, teórica o política, se fundamentan, ante todo, por una parte, en el cumplimiento de las reglas del método, validez y confiabilidad, y, por otra parte, en el carácter pragmático, en la posibilidad de que los resultados den respuestas útiles a preguntas puntuales del proceso salud-enfermedad que aporten para solucionar un problema concreto. Utilidad, sin embargo, muchas veces juzgada a la luz de los mismos referentes de “verdad científica” y no de aceptación social y política; por el contrario, generalmente se juzga como una contaminación indeseada la reflexión socio-política de los usos del conocimiento científico y sus acciones derivadas.

Como lo he venido presentando hay epidemiólogos que le dan más valor a lo instrumental y metodológico como otros que le dan más valor al uso pragmático del saber epidemiológico; estos últimos están dispuestos a ampliar el margen metodológico para incluir nuevos métodos, técnicas y herramientas que permitan ofrecer respuestas útiles a problemas específicos sin que medie necesariamente una reflexión epistemológica, teórica o ético-política.

Un profe decía, y lo escribió también en un artículo, que a él no le importaba qué era la Epidemiología, pero que le gustaba porque funcionaba. “¡Si funciona usémosla!”, decía. Yo pienso igual (Rojas Arbeláez, 2016).

Más allá de la aplicación de unos u otros métodos, la Epidemiología ayuda a establecer una forma de pensar el dato, de analizarlo, de interpretarlo, de que me pueda parar frente a él y que no me metan el dedo a la boca, porque tengo unos criterios para juzgar, tomar partido y tomar decisiones. Es una forma de pensamiento crítico que le sirve al salubrista y al clínico para tomar mejores decisiones, para plantear mejores propuestas, para pensar mejor las cosas (Yepes, 2016).

“En este tema transdisciplinar, me encuentro en Norteamérica escuelas muy pragmáticas, por ejemplo, ellos hicieron con los *National Institutes of Health* (NIH) un “Centro transdisciplinar para control del uso del tabaco”. Ellos ven la transdisciplinariedad desde una visión de “ciencia en equipos” y lo fundamental es cómo es viable, posible que la ciencia pueda, digamos, lograr integración científica trabajando en equipos. Es un asunto muy operativo.

Entonces los gringos dicen que hay que construir marcos conceptuales comunes, cómo se incorpora a las comunidades en la toma de decisiones, cómo las van a involucrar, cómo las va a compensar. El artículo que escribimos en *Science* habla de

eso: de la necesidad de compensar a los tomadores de decisiones y a la comunidad. “¿Y por qué no pensar de que sea en dinero?”, dicen. Ese pragmatismo puede ser útil, pero es insuficiente para mí (Epi-Ext3, 2016).

En el otro polo del espectro, en oposición al enfoque pragmático de la Epidemiología está la propuesta de la Epidemiología Crítica de Jaime Breilh. Tanto él como la comunidad académica y científica que comparte su propuesta, consideran que tanto las posiciones positivistas explícitas, instrumentales y pragmáticas parten de una aceptación tácita o explícita del sistema socio-político de acumulación capitalista. Por tanto, urge un posicionamiento político disciplinar que propenda por la emancipación social para generar un nuevo orden que permita construir salud: “La Epidemiología Crítica contiene por tanto una vocación expresa de derrotar la civilización actual para construir la salud, no remozarla ni pretender tornarla saludable” (Jaime Breilh, 2013a, p. 23)

Gabriel Jaime Otálvaro, profesor de la FNSP quien cursa el Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad en Quito con el Dr. Breilh, explica el compromiso político de la propuesta de la Epidemiología Crítica de la siguiente manera:

La Epidemiología Crítica parte de la declaración de un compromiso con la transformación. Aquí la crítica es transformar de cara a construir una vida más humana, sociedades donde lo humano pueda recuperar el valor central. Es crítica en ese sentido, porque lee la sociedad en este momento histórico y lee que el ser humano no es el centro y el saber epidemiológico debe estar para humanizar. En ese sentido, es una Epidemiología que tiene un posicionamiento político, y ahí también se para en un lugar que resulta controversial a las maneras más convencionales de una Epidemiología que se ratifica en su cientificidad alejándose de su politicidad, que tiene su fundamento en el refinamiento metodológico, afianzándose en las perspectivas más predominantes del canon epidemiológico. La Epidemiología Crítica discute la cientificidad y plantea que esto es un saber instrumental de la acción por la transformación social y política y en ese sentido, genera mucha controversia (Otálvaro Castro, 2016).

En efecto, en buena parte de la comunidad disciplinar de la Epidemiología, la propuesta de Jaime Breilh suscita bastante controversia cuando no es rechazada de entrada, en ocasiones por su inscripción política declarada en las teorías marxistas ortodoxas, pero en otras, por la dificultad que implica comprenderla, ya sea por el soporte teórico de base que requiere para su lectura como por su estilo de escritura que muchas veces es juzgado como confuso: “Jaime Breilh pasa muchas veces de crítico a críptico” (SP-Ext5, 2015). Sin embargo, otros que han logrado leer y

estudiar su propuesta, que, aunque, en algunos casos, estén de acuerdo con su reflexión política, no comparten sus implicaciones prácticas:

En resumen, [la Epidemiología Crítica] dice que hay un nivel general que determina el nivel particular y que ese nivel particular se manifiesta en condiciones individuales de salud de los sujetos, que es el nivel singular. Para mí le prestan demasiada importancia a la determinación estructural y, pues, si esto es así, las cosas van a permanecer toda la vida. A ver, pues si lo grande determina lo pequeño, ahí no hay modo de cambio, a no ser que se dé una gran revolución. Y esas grandes revoluciones lo que nos ha mostrado la historia hasta el momento, es que han sido un fracaso. Entonces yo creo que la Medicina Social y la Epidemiología Crítica sigue parada en este punto en que quiere transformar las grandes estructuras y quiere que los estudiantes las conozcan muy bien, pero eso en la práctica, a mi modo de ver lleva a una frustración. Cuando uno llega a posiciones de poder se da cuenta que su capacidad de transformación es mínima; entonces tiene que ser un movimiento muy grande para tener un acumulado de poder que permita transformar estas estructuras que lo están determinando a uno. Entonces también apoyado, dijéramos, en la fenomenología, en el tema del mundo de la vida cotidiana, en la etnografía, uno empieza a entender que es en la vida diaria como se interpreta y se dan transformaciones pequeñas y es más posible llegar en un futuro a ciertas transformaciones, porque finalmente la sociedad la terminan transformando los sujetos. Entonces al fomentar procesos de transformación de sujetos, la misma sociedad se va transformando, esa es mi apuesta: ir de abajo hacia arriba (Gómez, 2016).

La disciplina debería preocuparse por cómo entender los fenómenos, cómo transformarlos y quizá en alguna medida probar intervenciones, pero... que la Epidemiología se preocupe por cambiar el modelo económico, pues no sé, eso es otra cosa, ¿no? Sobre todo, me preocupa el mientras tanto, pues, de acá a que se caiga el sistema y se vuelva... ¿qué es lo que están ofreciendo?... Qué se yo, que se caiga el capitalismo global... ¿y mientras tanto? ¿Cuál es el problema de impactar un indicador proximal? [...] Lo que a mí me preocupa un poco de la manera como se está haciendo es lo que los epidemiólogos críticos llaman como “compromiso con la emancipación social”. Yo no estoy muy seguro de que nosotros estemos llamados a ser “emancipadores” como propone la Epidemiología Crítica. Es muy fácil creerse el cuento de que uno es emancipador y muy difícil darse cuenta de que no lo es. Me parece más prudente decir: “yo soy alguien que genera conocimiento sobre un tema muy particular con un alcance limitado”, que decir “yo soy un transformador de la sociedad”.

Claro, por ejemplo, en últimas los niños se están muriendo en la Guajira por una lógica que tiene que ver con la destrucción ambiental, el sistema económico, las multinacionales del carbón y la corrupción política, pero si yo puedo inventarme y evaluar una estrategia eficaz, costo-efectiva para evitar eso, pues si yo puedo evitar

sufrimiento a más corto plazo... ¿Qué tiene de malo ser inmediatista? Es que el sufrimiento es hoy y ahora, y creo que eso es una mala herencia del marxismo y es la idea de que lo que importa es la revolución a muy largo plazo y el cambio de la estructura, del sistema; por eso hasta los muertos son muertos necesarios y todo es un medio para llegar a la gran marcha roja, pero mientras tanto que suframos. Pues no, yo creo que nuestro papel debería ser que la disciplina evalúe estrategias para comenzar a estar mejor ahora. Por eso me identifico con una Epidemiología social que no le interesa cuestionar tan directamente al sistema, que está menos ideologizada, al menos con un polo del espectro, sino que es más pragmática, por supuesto que eso pasa por mi propio posicionamiento ideológico y político que no es de izquierda ni de derecha, es, ético y pragmático (Fernández-Niño, 2016).

La pertinencia como pragmatismo reflexivo

El ejemplo que pone Julián Fernández, más que “pragmático” es “pertinente” y no pretende ser apolítico e instrumental, hay una reflexión, una preocupación ética legítima por un problema de salud de un grupo humano, que hace a partir de sus propios referentes morales y políticos, que le permiten juzgar lo que él considera una buena vida, una vida digna para sí y para los demás, por eso es “pertinente”.

Desde mi perspectiva, si bien pueden o no estar matriculados en una corriente política específica y hacerla explícita o no, quienes practican la Epidemiología deben hacer un ejercicio reflexivo sobre las implicaciones tanto prácticas como ético-políticas de sus hallazgos, deben juzgar la *pertinencia* del conocimiento o de los resultados que se generen para la situación de salud específica que viven los individuos o un grupo humano, podríamos llamarla también, desde una perspectiva decolonial, una *Epidemiología situada*.

La categoría “pertinencia” ha sido poco discutida en el ámbito académico. En septiembre de 2011, el Sacerdote Jesuita Francisco de Roux, un importante líder intelectual y social en Colombia, dicta una de conferencias centrales del XI Congreso La Investigación en la Pontificia Universidad Javeriana titulada La Investigación Pertinente y dice:

Para que una investigación sea pertinente se requiere que tenga sentido, que enfrente un problema crucial, que se sitúe en una población en territorio, que sea interdisciplinaria, que tenga relevancia global, y que asuma responsablemente las consecuencias de sus hallazgos. [...] La pregunta por el sentido es la pregunta por la causa que nos mueve, por las razones por las que vale la pena vivir, por los motivos que movilizan todos nuestros esfuerzos, por los valores que nos importan, por la

vida que nosotros queremos vivir y que queremos dejar a las generaciones futuras, por la dignidad de cada persona y de cada pueblo (De Roux, 2011, pp. 1–2).

Como lo expresa De Roux, la pertinencia de una práctica científica es una valoración tanto pragmática como política, pues hace referencia a un problema crucial y a asumir responsablemente las consecuencias de los resultados en un marco de acción territorial y de relevancia global. Pero adicionalmente, obliga a la reflexión ética y a asumir un compromiso frente a lo que juzgamos como buena vida (en nuestro caso específico disciplinar, buena y mala salud) para nosotros y los demás. Esta última consideración obliga a propender por ejercicios reflexivos colectivos, a partir de procesos de diálogo, controversia y deliberación democrática, y no de posiciones y referentes impuestos.

En la indagación realizada con los académicos y científicos del campo disciplinar de la Epidemiología, hubo varias reflexiones y experiencias que están en sintonía con la posibilidad de una Epidemiología comprometida con una transformación reflexiva, es decir con lo que propongo denominar como una “Epidemiología Pertinente”:

Una vida dedicada a la investigación también demanda el compromiso por la abogacía de políticas en ciencia y tecnología, por la gobernabilidad del sistema y por la demanda de una mayor financiación. Los investigadores somos también responsables de que el conocimiento sea apropiado por la sociedad para mejorar las condiciones de vida. [...] no somos hombres y mujeres para la ciencia, somos más bien personas que ponemos la ciencia al servicio de la humanidad y la vida (María Patricia Arbeláez, 2016b).

Todo no es el método ni las herramientas sofisticadas de la Epidemiología. La Epidemiología no sólo se debate en lo teórico y en lo metodológico, sino que requiere estar triangulada con la praxis. Entonces ahí es cuando se nos pregunta qué está aportando a la Epidemiología al mundo de la práctica y cuáles son sus consecuencias. [...] El hecho de que no sea el epidemiólogo el que necesariamente conduzca la acción transformadora, porque ahí se involucra la Salud Pública y la sociedad misma, él debe ir acompañando la comprensión de ese proceso para ir develando sus resultados e impacto. No es suficiente con una comprensión plausible de las cosas: “Vea, esta es la comprensión que tengo, hágale usted que yo ya llegué hasta aquí”, No, tiene que acompañar ese proceso para ir generando también el conocimiento que esa aplicación va teniendo para ayudar a mostrar con quien sea, con los actores sociales, con otras disciplinas, el impacto de las acciones sanitarias. La Epidemiología no lo tiene que hacer todo, porque entonces dónde queda el rol del salubrista como gestor de esos procesos de respuesta social frente al

proceso salud-enfermedad, como la sociedad, la misma comunidad, los entes gubernamentales, la cultura. Considero que en Epidemiología tenemos que salir del paradigma de la causalidad al paradigma del impacto, de lo que se hace y de lo que se deja de hacer, por acción o por omisión. (María Patricia Arbeláez, 2016a)

Yo estoy ubicado en el mundo de la vida cotidiana de los sujetos, en el mundo de las pequeñas realidades. Entonces, mi pequeña realidad es un poblado con 20 o 25 mil habitantes con los cuales yo participo, pues no con todos y cada uno, pero sí con un grupo de líderes, organizaciones, con dinámicas sociales que se dan, estoy metido en la vida cotidiana de las personas [...]. Entonces yo estoy ubicado acá, en el mundo micro. Yo no sé si lo leí o lo escuché, pero tengo la idea de que Nietzsche dijo: “las grandes transformaciones vienen con pasos de paloma”⁴², o sea suave, lento, día a día, al cabo de un tiempo se evidencia la gran transformación en contravía de las grandes revoluciones bullosas de un día para otro (Gómez, 2016).

Un movimiento de Universidades nos hemos aliado para mirar, para pensar el asunto de la construcción de Ciudadela CaliDA, es un proyecto de vivienda de interés social cerca al relleno sanitario de Navarro en Cali, y resulta que los desarrollos de la ciudad hacia el sur, con intereses económicos de urbanizadoras, están prevaleciendo. Nosotros hemos logrado frenar ese proyecto un par de veces en la administración de los dos anteriores alcaldes y ahora este nuevo alcalde vuelve y lo reactiva. Un proyecto que, desde todo punto de vista, incluso salud, desde el principio de precaución no debería hacerse. Entonces esto lo lleva a uno a pensar en procesos de movilización social, procesos de organización, de no solo pensar los resultados epidemiológicos desde lo académico, de la publicación de artículos, sino del impacto y la pertinencia que tienen las investigaciones en la transformación de las realidades (Epi-Ext3, 2016).

La comunidad disciplinar en Epidemiología

Los ejes de debate, disciplinar, epistemológico, metodológico y ético político, expuestos aquí muestran que las prácticas disciplinares de la Epidemiología no son homogéneas, como posiblemente no lo sean en cualquier disciplina científica. En medio de tal heterogeneidad ¿es posible fortalecer o construir una comunidad académica en Epidemiología?

⁴² “Son los pensamientos que vienen sobre patas de paloma los que transforman el mundo” Nietzsche en Así hablo Zaratustra (Nietzsche, 2014, p. 183)

De acuerdo con la indagación realizada la respuesta es sí, pero requiere reconocer, precisamente la pluralidad disciplinar de la Epidemiología. Sería entonces una comunidad heterogénea con sub-comunidades que se definen por sus afinidades epistemológicas, teóricas, ético-políticas y afectivas, que compartirían además preguntas específicas e intereses comunes y que no están circunscritas a espacios geográficos delimitados, sino que cada día se expanden más con el apoyo de las tecnologías de la información y la comunicación. Coincido con una profesora de Salud Pública de la FNSP que tal vez la pregunta central que permite valorar la cohesión de una comunidad académica es ¿el conocimiento para qué? “Responder eso nos pone en un sitio común, nos pone en un lugar epistémico común, ¿qué tiene que generar?, ¿qué tiene que producir?, ¿en función de qué?, ¿cuál es su pertinencia? (SP-UdeA8, 2016)”.

Pero precisamente esa pregunta da lugar a múltiples respuestas que conforman sendas comunidades que entran a competir por sus maneras de ser, hacer y estar en el ámbito disciplinar. Según Bourdieu, esto es inevitable en cualquier campo social humano. De hecho, en la actualidad, las reglas de juego de la disciplina son definidas en núcleos de poder académicos muy fuertes ubicados principalmente en Estados Unidos y Europa. Son quienes definen, por ejemplo, la línea editorial de las revistas científicas de la disciplina y promueven el uso de estrategias metodológicas específicas e incluso coartan la apertura de discusiones contrarias a la hegemonía.

La decisión oscila entonces entre aceptar las reglas de juego de los centros académicos de poder o asumir un rol marginal con su sub-comunidad en la medida que gana y acumula capital simbólico, científico, académico y político que le permita ir ampliando su poder en el campo.

Desde mi perspectiva, mi respuesta a la pregunta ¿el conocimiento para qué? va en sintonía de asumir la Epidemiología como una disciplina pertinente, una práctica que transforme problemas concretos en contextos específicos acompañado por un ejercicio reflexivo (dialógico y deliberativo) político y moral de la acción. Si un enfoque disciplinar así se llegase a hacer hegemónico, creo que perdería su propia esencia. Por eso prefiero la marginalidad disciplinar si eso aporta a construir lo que valoro como buena vida para mí y para y con los demás.

Conclusión de capítulo

Más allá de la ya habitual discusión en nuestro medio entre las tradiciones de la Epidemiología Clásica o Moderna, la Epidemiología Social Anglosajona y la Epidemiología Social Latinoamericana, en la indagación realizada se identificaron

múltiples enfoques de conceptualización y práctica, a partir de múltiples ejes que permiten valorar la Epidemiología como disciplina, o mejor, como “campo disciplinar”.

Con respecto a la identidad valoro dos polos en el amplio espectro sobre lo que la comunidad académica y científica considera que es la Epidemiología: el *enfoque instrumental-metodológico* y el *enfoque disciplinar poblacional*.

El primer enfoque, con mayor dominio y poder dentro de la disciplina, define la Epidemiología esencialmente como un método, un instrumento, que se basa en el método científico y en procesos de cuantificación de los fenómenos para la valoración del proceso salud-enfermedad ya sea en individuos, grupos humanos específicos o poblaciones. En el segundo enfoque se considera que la Epidemiología es ante todo la práctica social de una comunidad académica y científica que tiene como fin la comprensión del proceso salud-enfermedad en las poblaciones, que nace y se debe a la salud pública y, por tanto, su propósito se orienta a propender por la salud de los grupos humanos. Para tal fin se vale de los recursos metodológicos necesarios para hacerlo y se involucra en diferente medida con los procesos de toma de decisiones.

Sobre el objeto de la Epidemiología hay relativa coincidencia en que su objeto es el proceso salud-enfermedad en la población, sin embargo, hay una escasa reflexión conceptual sobre cada una de las dimensiones que incluye (salud, enfermedad, y población) y su interacción entre ellas.

Para algunos la expresión conceptual de la enfermedad como objeto de la Epidemiología es el riesgo, el cual se vincula con su preocupación central por la causalidad.

Con respecto a la construcción de saber, habitualmente se asume tácitamente que la Epidemiología es una disciplina que reposa en los fundamentos del positivismo, por eso no requiere mayor discusión epistemológica; sin embargo, hay posiciones que consideran que, aunque su origen haya estado allí, debe ser superada la postura positivista pues sus límites no se corresponden con las prácticas actuales de la disciplina, en razón de que no permite hacer un ejercicio amplio y comprensivo de los problemas de salud-enfermedad y no se vincula con la acción, por eso hay quienes ubican su práctica propia dentro del campo de la Epidemiología desde marcos hermenéuticos y críticos.

Tradicionalmente, las construcciones teóricas en Epidemiología han llegado como ejercicios de síntesis de sus prácticas de investigación. Sin embargo, algunos epidemiólogos consideran que es necesario generar nuevos marcos teóricos que permitan soportar, discutir y darles valor y sentido a los hallazgos disciplinares, los cuales deben estar en coherencia con la postura epistemológica y con un enfoque de acción.

Con respecto al método, la tensión está entre la profundización del método epidemiológico y el refinamiento técnico que se requiere para el abordaje de la causalidad, y el control de los sesgos, la confusión y la interacción; y la apertura a nuevas búsquedas, principalmente a partir de la incorporación de técnicas de otras disciplinas. Esta última posición empuja a Epidemiología al ámbito transdisciplinar, donde los criterios de calidad no son exclusivamente los propuestos en el positivismo, sino la resolución de problemas concretos para situaciones específicas en un momento dado que son juzgados no sólo en el ámbito de la “utilidad” sino en el juicio moral y político. El rol de la Epidemiología también está en el seguimiento y la valoración de las acciones, que por afectar a la población y por tenerla en cuenta son abordajes **pertinentes** (con sentido, reflexivos y transformadores) y no sólo pragmáticos.

Capítulo 9. Síntesis comprensiva y propuesta: La Epidemiología como campo transdisciplinar pertinente de la salud de las poblaciones

Introducción

En este último capítulo realizo un ejercicio de síntesis comprensiva de este proceso de investigación que pretende integrar los elementos metodológicos de la indagación, la reflexión teórica, los hallazgos historiográficos y empíricos del trabajo de campo y el esbozo de una propuesta intencionada de las prácticas en Epidemiología.

¿Por qué narrar la Epidemiología?

Las reflexiones históricas y epistemológicas de la Epidemiología son escasas y se han hecho desde ejercicios teóricos e historiográficos (Almeida Filho et al., 2009; Almeida-Filho, 2000b; Amsterdamska, 2005; J. R. Ayres, 2005; J. R. de C. M. Ayres, 2011; Bhopal, 2002a; J. Breilh, 2003; Jaime Breilh, 2013a; Broadbent, 2011, 2013; Buck, 1975; Buck et al., 1988; Keyes & Galea, 2014; Krieger, 2011b; Lopez-Moreno et al., 2000; Morabia, 2005a; Quevedo, 1992; K. Rothman, 2002; Mervyn Susser & Susser, 1996a, 1996b; Mervyn Susser & Stein, 2009b). Aunque algunos buscan acercarse a las prácticas disciplinares de la Epidemiología lo hacen sólo desde una lectura histórica pero sin indagar cómo se configuran esas prácticas en el mundo cotidiano de la disciplina; algo similar sucede con las declaraciones disciplinares (Organización Panamericana de la Salud, 1966, 1984). La pretensión de este estudio ha sido exponer una reflexión disciplinar de la Epidemiología a partir de una exploración histórica-etnográfica que le da tanto valor a la reflexión teórica como a la trayectoria como a las experiencias de las prácticas en la cotidianidad de una comunidad disciplinar específica, la comunidad de la Epidemiología, en un país latinoamericano.

Por lo tanto, esta tesis pretende ofrecer una comprensión particular y situada sobre la trayectoria de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en un centro académico considerado como nuclear en la formación y en el aporte de conocimiento epidemiológico para el país, pero periférico, subalterno en el

concurso de las tradiciones disciplinares en el mundo. Este ejercicio comprensivo de este caso pretende ser un insumo para contribuir al debate sobre los aspectos disciplinares, ontológicos, epistemológicos, axiológicos y políticos de la Epidemiología como disciplina científica en un contexto de colonia intelectual. Adicionalmente, en el ámbito local, espera ser una oportunidad para la comunidad académica de la FNSP y de la Universidad de Antioquia, en general, y para el GEPI, en particular, para reflexionar y promover un ejercicio crítico, dialógico y propositivo sobre el quehacer de la Epidemiología de nuestra escuela con miras a fortalecer sus programas de formación y sus prácticas de investigación y de acción.

El resultado final de esta exploración, el texto que acaban de leer es un relato, es un texto narrativo-argumentativo que tiene como propósito “narrar la Epidemiología”. El producto del ejercicio narrativo es la configuración de un relato inteligible y verosímil que otorga una interpretación particular de un fenómeno. A partir de un abordaje histórico-etnográfico de las fuentes exploradas, tanto orales como documentales, sometidas a un proceso interpretativo hermenéutico-dialéctico, el rol asumido por el autor en la configuración del relato es el del director de un coro que debe lograr una expresión armónica de las muchas voces que, en este caso, expusieron sus conceptos, reflexiones, experiencias y sensaciones sobre las prácticas disciplinares de la Epidemiología. Una vez configurado y expuesto el relato, el juicio sobre su verosimilitud, inteligibilidad y armonía, la “refiguración”, según Ricoeur, la hará el lector (Ricoeur, 2006).

En esta configuración es fundamental el rol de la Historia no sólo como principal elemento organizador del texto sino como ámbito de configuración donde la trayectoria disciplinar no es sólo valorada desde una lectura internalista, sino que se comprende a partir la situación social, política, económica y epistemológica del terreno donde se dan las prácticas (Quevedo et al., 2013). De tal manera que el enfoque histórico no es el de la descripción los acontecimientos apoteósicos que marcan la disciplina, sino desde el esfuerzo de una comprensión particular de cómo se ha configurado la Epidemiología disciplinarmente como campo social e histórico donde los sujetos en situación, con sus experiencias y reflexiones sobre sus prácticas cotidianas, son los protagonistas (Bourdieu, 2009). Esto es, en palabras de Alfonso Torres Carrillo, “hacer la historia desde abajo” (Torres Carrillo, 2014).

Para anticiparme al juicio de mis colegas epidemiólogos, en nuestra propia jerga disciplinar, este relato es el fruto de una interpretación sesgada. Yo, como autor, soy parte de la misma comunidad que pretendo describir y comprender. Traigo mi propia carga teórica, mis prejuicios y experiencias y las pongo en diálogo mediante un ejercicio de reflexividad con los relatos de los otros, con los documentos y los textos del trabajo de campo. El reto estuvo en mantener una actitud *emic*, abierta de escucha, de extrañamiento, de ser capaz de sorprenderse y ver como ajeno lo que me es cotidiano. En sintonía con Rosana Guber, la reflexividad se expresa en la

actitud dialógica que permitió la interacción horizontal con mis pares en un ejercicio de co-aprendizaje y co-teorización (Guber, 2001a). El resultado es una descripción etnográfica, una comprensión particular necesariamente sesgada, pero más amplia y profunda que la del punto de partida, que se hace explícita y se comparte para fomentar un ejercicio deliberativo, dialógico.

En conclusión, considero que comprender las prácticas disciplinares de la Epidemiología se hizo a través de narrar la Epidemiología mediante la configuración de textos, a su vez narrativos y argumentativos, a medio camino entre la crónica y el ensayo académico, que pretenden contribuir con una comprensión singular de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP; y con esto aportar elementos para la reflexión de la disciplina misma desde el punto de vista epistemológico, teórico, técnico, científico, ético y político.

El campo de la Epidemiología en el caso de la FNSP

Las prácticas sociales de todo grupo humano se configuran a través de las interacciones entre sus miembros y toda relación humana está mediada por un ejercicio de poder en relación con las instituciones, con los otros e incluso conmigo mismo (Foucault, 2012b). En consecuencia, las maneras como se configuran esas relaciones de poder definen el campo social, campo que se conforma a partir de disputas por acumulación del capital que sea relevante y valioso para sus miembros, en el caso de una disciplina científica como la Epidemiología, capital simbólico, académico, científico y político, entre otros; y que tiene como consecuencia la definición de las reglas de juego al interior del mismo campo que serán interiorizadas en la cotidianidad de sus miembros como *habitus* (Bourdieu, 2003, pp. 100–126, 2009).

La elección de haber optado por una estrategia comprensiva de la Hermenéutica Dialéctica (Maria Cecilia de Souza Minayo, 2012; María Cecilia de Souza Minayo, 2009d) y el Análisis Crítico del Discurso (Van Dijk, 2016) permite develar polos de confrontación en un eje de tensión que facilitan la comprensión de las dinámicas del campo disciplinar de acuerdo a los dominios de búsqueda propuestos a partir de los objetivos específicos.

Relación de la trayectoria de las prácticas disciplinares de la Epidemiología en la FNSP con las tradiciones de la disciplina y el contexto sociopolítico

Todas las disciplinas de la salud cobijan dentro de su propia disciplinar la comprensión y la acción, excepto la Salud Pública. En su trayectoria histórica, principalmente desde comienzos del siglo XX, delegó su ejercicio comprensivo a la Epidemiología y asumió para sí el de la acción, sin que las fronteras disciplinares entre una y otra hayan sido del todo claras (Amsterdamska, 2005). Sin embargo, con el paso del tiempo y con los retos que los problemas de salud en la población le han impuesto, la Salud Pública ha tenido que aunar comprensiones de otras disciplinas, más allá de la Epidemiología, que le permitieran ampliar sus comprensiones y fundamentar sus acciones (Eslava, 2004; Porter, 2005), mientras que la Epidemiología, como disciplina autónoma, fue tomando fuerza y valor por sí misma; inicialmente teniendo como interés inicial la distribución de la enfermedad y la muerte en la población y el control de las epidemias, luego para el control de las enfermedades infecciosas en general y luego el control del riesgo en salud y la causalidad de la enfermedad. Durante esos tres distintos énfasis y enfoques cada día se le otorgó más importancia a su configuración metodológica, en apariencia propia, pero en realidad prestada de los métodos de las ciencias naturales y la bioestadística.

La transición entre esos momentos generaba tensiones disciplinares y enfrentamientos por la definición de las reglas del campo, por ejemplo, la transición del médico detective de campo tras la pista unicausal de la infección, experto en microbiología y estadística descriptiva al epidemiólogo profesional experto en los métodos propios de la disciplina y en estadística inferencial con un interés especial explicar la multicausalidad de los problemas de salud. Estos cambios más que revoluciones paradigmáticas, en el sentido expresado por Kuhn, son transiciones dentro de la misma ciencia normal, pues se da en el seno de un enfoque biomédico de la salud y la enfermedad y del positivismo como fundamento epistemológico.

La Epidemiología en Colombia no surge como una disciplina independiente, sino como una práctica subsidiaria de la Salud Pública que se va institucionalizando en el país desde la primera mitad del Siglo XX bajo una importante influencia norteamericana, En la década de los sesenta cobra un lugar relevante en el país al considerarse una herramienta y un requisito importante para impulsar el desarrollo económico y social, de acuerdo con lo definido por la Carta de Punta del Este en el marco de la Alianza por el Progreso. En este contexto se crea la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia para formar el personal operativo y directivo para el sector salud del país.

Es en la década de los setenta que la Epidemiología se institucionaliza disciplinariamente en el país en la medida en que se crea su primer programa educativo formal en la Universidad de Antioquia y posteriormente en la Universidad del Valle. En ambas escuelas se asumen los postulados y métodos de la Epidemiología del riesgo y su influencia permean los ejercicios de gestión y planeación de la salud pública del país. Es importante resaltar que, tanto en Latinoamérica como en los Estados Unidos, la Epidemiología moderna del riesgo es la propuesta disciplinar que se sigue, sin embargo, mientras en Latinoamérica la Epidemiología se asumía como una herramienta necesaria para comprender las dinámicas poblacionales de la enfermedad y poder así hacer un mejor ejercicio de planificación en salud, en los Estados Unidos el propósito central es el estudio de la causalidad, inicialmente de las enfermedades crónicas.

La trayectoria de la Escuela Nacional de Salud Pública y luego FNSP está marcada por la confrontación de un propósito funcionalista al Sistema de salud, propósito de la creación de la Escuela con los recursos del Ministerio de Salud, el cual además participaba directamente en la toma de decisiones académicas y administrativas de la Escuela, y un propósito crítico y beligerante frente a la institucionalidad en salud y la sociedad. Desde la década del setenta se etiquetaban los miembros de la comunidad académica en los bandos de derecha e izquierda, pero en fondo estaba la tensión funcionalismo versus crítica. En esa confrontación la mirada funcionalista es la que más ha predominado en la FNSP, aún durante la Decanatura de Emiro Trujillo, que fue el momento de mayor actividad crítica, intelectual y política de esta unidad académica de la Universidad de Antioquia. En los años recientes se ha comenzado a perfilar con mayor claridad una posición institucional crítica al sistema de salud vigente en Colombia y un movimiento académico e intelectual más comprometido con la defensa del Derecho a la Salud.

Es posible que por su énfasis instrumental centrado en el método epidemiológico y la pretensión de su estatus científico sin que necesariamente mediara una reflexión política, el GEPI ha sido en toda su trayectoria más afín al funcionalismo que a la crítica, ya fuese durante el Sistema Nacional de Salud o en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud vigente; incluso a pesar de que varias de las investigaciones que aportan evidencia de las fallas del Sistema provienen del mismo Grupo. Estas mismas razones pueden ser la razón de por qué le genera tanta resistencia, aún desde el desconocimiento, las críticas y propuestas provenientes de la Medicina Social Latinoamericana y la Salud Colectiva. En los años recientes ha comenzado a tener una mayor apertura a conocer al respecto en la medida que la CDSS-OMS ha publicado sus informes y ha cobrado mayor visibilidad las propuestas de la Epidemiología Social Anglosajona donde se ha venido estableciendo un diálogo con los discursos alternativos latinoamericanos alrededor de la relevancia, cada día mayor, del papel de lo social en la causalidad

del proceso salud-enfermedad, pero más allá de la causalidad, la intención de comprender el papel de lo social en la configuración de las inequidades en salud; sin embargo, buena parte de la discusión, muy en sintonía con algunos autores de la Epidemiología Social Anglosajona, llega hasta la instrumentalización de la dimensión social para incorporarla a los estudios epidemiológicos, y no tanto sobre la dimensión e implicaciones políticas de develar inequidades sanitarias.

A partir de la indagación realizada a la comunidad disciplinar de la FNSP, en la actualidad, con respecto a la identidad disciplinar, el eje de confrontación es entre el *enfoque instrumental-metodológico* y el *enfoque disciplinar poblacional*. Como se dijo en el capítulo anterior, el primer enfoque, con mayor dominio y poder dentro de la disciplina, no solo al interior de la FNSP sino en el mundo, define la Epidemiología esencialmente como un método, un instrumento, que se basa en el método científico y en procesos de cuantificación de los fenómenos para la valoración del proceso salud-enfermedad ya sea en individuos, grupos humanos específicos o poblaciones. En el segundo enfoque se considera que la Epidemiología es ante todo la práctica social de una comunidad académica y científica que tiene como fin la comprensión del proceso salud-enfermedad en las poblaciones, que nace y se debe a la salud pública y, por tanto, su propósito se orienta a propender por la salud de los grupos humanos. Para tal fin se vale de los recursos metodológicos necesarios para hacerlo y se involucra en diferente medida con los procesos de toma de decisiones.

Otro eje de confrontación en el GEPI y la FNSP, pero con manifestaciones más sutiles es el de *Experiencia y Escuela*. Cada quien juzga de acuerdo con su propia vivencia, por eso quienes han estudiado en el exterior valoran su experiencia y la ponen al servicio de la Facultad. Algunos ponderan tanto las ventajas como las desventajas; otros solo consideran valioso lo que se hacía en su propio proceso de formación en el exterior. En el otro lado del espectro están quienes han tenido toda su experiencia formativa en la Universidad de Antioquia y que de la misma forma asumen que la tradición de la enseñanza aquí ha sido de una manera particular y no valoran la incorporación de novedades. En ambos casos, en los dos extremos, hay una misma actitud que entorpece la posibilidad de construir un camino propio a partir de las experiencias y aprendizajes de todos.

El complejo objeto de la Epidemiología

Sobre el objeto de la Epidemiología hay relativa coincidencia en que su objeto es el proceso salud-enfermedad en la población, sin embargo, hay una escasa

profundización conceptual sobre cada una de las dimensiones que incluye (salud, enfermedad, y población) y su interacción entre ellas.

Dijo Heisenberg: “El objeto de la ciencia no es la naturaleza en sí misma, sino la naturaleza sometida a la interrogación de los hombres” (Heisenberg, 1976, p. 20). Aunque él se refiere a las ciencias naturales su reflexión es relevante, pues el objeto de una ciencia o disciplina científica no es la realidad como tal, el objeto es la reflexión teórica de la realidad. El objeto, para el caso de la Epidemiología, no es la salud y la enfermedad en la población, su objeto es la abstracción, la construcción teórica, la reflexión que se hace de esa realidad.

Por tanto, hoy sigue siendo necesario y urgente para la Epidemiología responder las preguntas: ¿qué es salud?, ¿qué es enfermedad?, ¿qué es población? No es el propósito de este trabajo profundizar en los debates actuales sobre estos conceptos, pero quiero dejar trazadas las líneas generales sobre lo que considero debe ser tenido en cuenta por la comunidad científica de la Epidemiología para emprender la búsqueda de las respuestas de las preguntas que componen su complejo objeto.

En primer lugar, en todos los casos la enfermedad es una construcción social y cultural, tanto en su dimensión de patología, definida las disciplinas científicas de la salud con unos criterios convencionales que la validan entre sus miembros; como en la dimensión de malestar, que expresa la experiencia y el significado de quien la vive; y por último, en la dimensión de enfermedad, propiamente dicha, que implica la puesta en común entre la molestia, el mundo del enfermo, con la patología, el mundo de las disciplinas científicas (Almeida Filho, 2001). En todo caso la enfermedad es mucho más que la desviación de una norma biológica o social (Canguilhem, 1986) e involucra tanto la esfera subjetiva del sujeto como la esfera social y cultural (Giroux, 2011).

En segundo lugar, la salud es más que ausencia de enfermedad, y con esto no estoy haciendo referencia solo al concepto utópico de la OMS en Alma-Ata, es ante todo un concepto ‘vulgar’, no trivial, sino al alcance de todos, como lo propone Canguilhem (Canguilhem, 1986, p. 20). La salud tiene la facilidad de ser nombrada por cualquiera esencialmente porque involucra la percepción íntima y subjetiva, si se quiere “oculta” como la llamó Gadamer (Gadamer, 2012), del individuo pero construida en la interacción social, sobre el bienestar y el ser y estar saludable. A partir de allí, la mala salud o una salud deficiente es, según Canguilhem, “la restricción del margen de seguridad, la limitación del poder de tolerancia y de compensación de las limitaciones del medio ambiente” (Canguilhem, 1986, p. 35). Desde esta perspectiva, la salud es entendida como “la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas, por el margen de tolerancia (o de seguridad) que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades del medio”, dice Caponi en su lectura sobre Canguilhem (Caponi, 1997, p. 291). Sin duda, este concepto de salud

representa un reto para la Epidemiología construida a partir alrededor del concepto de riesgo y enfermedad como ya se discutió.

En tercer lugar, para mí, tal vez el vacío teórico más grande que hay en la Epidemiología es sobre el concepto de población. Desde la Epidemiología moderna se ha discutido su abordaje desde lo estadístico y metodológico, discusión cercana a la demografía convencional (Bhopal, 2002a; Krieger, 2012), y lo que significa específicamente el riesgo de enfermar en la población diferenciándolo del riesgo en el individuo (Rose, 1985), pero no hay un reconocimiento de la dimensión social, cultural y política del concepto de población. Por lo pronto, quiero plantear que es en lo social donde se configura el mundo de la vida, de tal manera que no es del todo adecuado seguir concibiendo la población solo como la sumatoria de individuos que ocupan un territorio. La población es ante todo el espacio de las interacciones humanas, el ámbito donde los sujetos construimos lo humano, lo social y lo político (Habermas, 2010).

Asumir el concepto de población con un carácter más social que estadístico, tendría como consecuencia reconocer a la Epidemiología más como Ciencia Social, no como una ciencia natural exclusiva, división que de por sí es errada porque niega lo biológico en lo social y viceversa; adicionalmente, exigiría tener en cuenta tanto al sujeto con su ineludible subjetividad como lo colectivo, como ámbito de las relaciones, de la interacción entre humanos (Martínez, 2008).

Construcción del saber y del conocimiento

Con respecto a la construcción de saber, habitualmente se acepta tácitamente que la Epidemiología es una disciplina que reposa en los fundamentos del positivismo; por ser esa una percepción mayoritaria en la tradición hegemónica de la disciplina se asume que no requiere mayor discusión epistemológica. Sin embargo, hay posiciones minoritarias que consideran que, aunque su origen haya estado allí, debe ser superada la postura positivista pues sus límites no se corresponden con las prácticas actuales de la disciplina, incluso con las mayoritarias de énfasis cuantitativo, en razón de que no permite hacer un ejercicio amplio y comprensivo de los problemas de salud-enfermedad y no se vincula con la acción, por eso hay quienes ubican marginalmente su práctica propia dentro del campo de la Epidemiología desde marcos hermenéuticos, constructivistas y críticos; y cuando digo “marcos” no me refiero a métodos y técnicas sino a concepciones epistemológicas, a visiones sobre qué es y cómo se construye el conocimiento.

Tradicionalmente, las construcciones teóricas en Epidemiología han llegado como ejercicios de síntesis de sus prácticas de investigación. Sin embargo, algunos miembros de la comunidad disciplinar consideran que es necesario generar nuevos marcos teóricos que permitan soportar, discutir y darles valor y sentido a los hallazgos disciplinares, los cuales deben estar en coherencia con la postura epistemológica y con un enfoque de acción.

Con respecto al método la tensión está entre la concentración en método epidemiológico y el refinamiento técnico que se requiere para el abordaje de la multicausalidad, el control de los sesgos, la confusión y la interacción, y la apertura a nuevas búsquedas metodológicas para abordar la complejidad de su objeto de estudio planteado anteriormente, principalmente a partir de la incorporación de técnicas de otras disciplinas tan variadas como las matemáticas, la estadística, la demografía, la ecología, la inmunología, la genética, la psicología, la educación, la antropología, la sociología, la ciencia política y la economía, entre otras. Esta última posición empuja a Epidemiología al ámbito transdisciplinar, donde los criterios de validación del conocimiento no pueden ser los propuestos en el seno de la ciencia positivista, sino la resolución de problemas concretos para situaciones específicas en un momento dado, desde marcos epistemológicos interpretativos y críticos (El-Sayed & Galea, 2017; Galea, Riddle, & Kaplan, 2010; Maldonado, 2013; Méndez, 2015). En la medida en que se reconoce que los problemas de la salud, más aún de la salud en los grupos humanos, son problemas complejos, así mismo se empujan los límites de la disciplina y se vislumbra la necesidad de abordajes multidisciplinares y transdisciplinares, pero además reflexivos, es decir dialógicos, deliberativos y responsables desde lo ético y lo político.

A la final siempre ha sido así, desde una perspectiva amplia de su trayectoria, el espíritu pragmático de la disciplina ha sido el de solucionar problemas de la salud poblacional y ha echado mano de las herramientas metodológicas e instrumentales que el momento histórico le ha ofrecido: hasta mediados del siglo XIX, la matemática estadística, la demografía, la teoría miasmática; desde entonces hasta mediados del siglo XX, la biomedicina, la microbiología y la estadística frecuentista; luego, la biomedicina, la biometría y la estadística probabilística y, cada día más, incursiones tímidas al campo disciplinar de las ciencias sociales, pues hoy día uno de los principales retos disciplinares está en develar la relación dialéctica de la falsa dicotomía biología – sociedad para definir acciones concretas que propendan por la salud de las poblaciones.

Implicaciones ético-políticas de las prácticas disciplinares de la Epidemiología

El recorrido realizado durante este documento permite señalar que la Epidemiología es más que una disciplina científica descriptiva y neutral. Por el contrario, aún la versión hegemónica que se pretende neutra y libre de intereses, tiene un carácter prescriptivo que exige una reflexión moral e incluso se le puede relacionar con un enfoque específico de justicia social. Por lo tanto, el conocimiento que genera la Epidemiología tiene un impacto sobre su propósito de contribuir a mejorar la salud de los grupos humanos y eso es en esencia un asunto político.

Sin embargo, al indagar las prácticas logro identificar tres posturas: la primera, la mayoritaria en la tradición global de la disciplina que se asume como apolítica y pragmática, vinculada explícita o tácitamente con los principios epistemológicos del positivismo, más cercana a lo que he llamado el enfoque instrumental-metodológico de la disciplina. Habitualmente su reflexión moral se limita al cumplimiento de requisitos deontológicos expresados en los códigos de ética disciplinar que asumen la justicia como el resultado de la acción de hombres libres e iguales que deciden racionalmente, dentro de la tradición liberal de la justicia y la política. La segunda, en el extremo contrario del espectro, es la propuesta de la Epidemiología Crítica de Jaime Breilh, como un tipo de práctica alternativa, que surge en el seno del movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva en Latinoamérica, y que parte de un posicionamiento político marxista estructural y que desde allí construye una propuesta teórico-metodológica para abordar la comprensión y la acción del proceso salud-enfermedad-cuidado, donde la emancipación socio-política es la meta final. Y, una tercera, un tipo de práctica disciplinar que reconoce de entrada el carácter político de su quehacer y ejerce una práctica reflexiva a partir de los referentes morales y políticos del sujeto investigador en interacción con los de los sujetos participantes con el propósito de generar transformaciones específicas sobre problemas concretos en territorios o contextos determinados; es lo que propongo denominar como una Epidemiología Pertinente.

Como ha sido expuesto en la sección 3.1., la génesis de la Epidemiología y de las otras disciplinas que tienen a la población como objeto de estudio, se da en el contexto de un interés por su control, por lo tanto, la Epidemiología ha sido, es y seguirá siendo es un dispositivo biopolítico. La tendencia mayoritaria de la postura pragmático-neutral, “se aplica porque funciona”; ha hecho de la Epidemiología una legitimadora de procesos de medicalización de la vida humana. Aunque pretenda no vincularse con la acción sino sólo ofrecer conocimiento científico, termina vinculándose con procesos prescriptivos de la biomedicina y de la salud pública, que no siempre son exitosos en términos de generar salud o prevenir o controlar las

enfermedades porque no contemplan los procesos cognitivos, sociales, culturales y políticos de sus acciones; pero que crean nuevas jerarquías, restricciones, censuras y discriminación social y cultural, todo a partir de un conocimiento “válido, neutral y apolítico”.

La Epidemiología Crítica, si bien se centra en la praxis, su propósito final es la transformación del modelo civilizatorio como condición necesaria para construir salud. La ponderación mayor que hace de las condiciones estructurales de la sociedad dentro del proceso de determinación genera cuadros comprensivos coherentes, razonables y contrastables con la vivencia de los grupos humanos, hace que sus hallazgos sean valiosos como denuncia y como promotor de la movilización social, pero es cuestionada por las transformaciones reales para el mundo cotidiano de quienes viven los problemas de salud. Fijar el propósito tan distante de la cotidianidad restringe su margen de acción. Por otra parte, la complejidad teórico-metodológica de su propuesta fundamentada en el polo marxista ortodoxo del amplio espectro de la teoría crítica contemporánea le genera obstáculos internos que no permiten ofrecer siempre alternativas reales de transformación a problemas concretos.

Por su parte, una Epidemiología Pertinente vincula la reflexión ético-política, la afectación de la vida que queremos vivir y compartir en un contexto específico, con una situación problemática concreta, que demanda un proceso comprensivo que integre múltiples saberes y que conduzcan a la acción concertada (Arias & Peñaranda, 2015). Es un llamado a la praxis, a la interacción dialéctica entre el saber oportuno, el hacer efectivo y la reflexión colectiva, dialógica y responsable.

Epidemiología y transdisciplinariedad. El campo de una disciplina anfibia

La Epidemiología está llegando a un momento donde es necesario trascender su habitual discusión metodológica para comprender y definir mejor su objeto y su propósito. Ya no se trata sólo de la enfermedad y del hombre como centro del mundo, sino de abrirse hacia la salud y la vida; trascender los límites rígidos de la ciencia positivista hacia un enfoque constructivista, hermenéutico y crítico; donde se parta de múltiples comprensiones de las necesidades cotidianas de salud de los sujetos y grupos humanos, donde la cuantificación sea una versión más, hacia una práctica reflexionada que permita superarlas. La Epidemiología debe ser una disciplina “anfibia”, como alguna vez escuche a Naomar Almeida-Filho nombrarla, pues requiere moverse entre diferentes saberes y métodos para abordar su complejo objeto, para esto necesita un marco interpretativo diferente al positivismo que le permita construir dispositivos heurísticos para comprender los fenómenos

de salud y enfermedad en la población, es decir, debe asumirse como una transdisciplina para aprehender desde diferentes lecturas, los problemas complejos de su objeto de estudio (El-Sayed & Galea, 2017; Galea et al., 2010; Méndez, 2015). Entre los métodos seguirán teniendo mucho valor los tradicionales diseños epidemiológicos con sus, cada día más, sofisticadas herramientas bioestadísticas; pero ya no serán los únicos, aportarán una lectura particular y específica de la realidad, más no la única (Bloor, 1998c). Dice Carolina Martínez: “[...] si la Epidemiología habría de aproximarse con mayor penetración al entendimiento de cómo el mundo en el que vive la gente da lugar a la ocurrencia de sus padecimientos, sería necesaria su apertura a las concepciones epistemológicas, históricas, económicas y sociales más recientes. Esto permitiría quizá avanzar de conceptos como el de temporalidad al de historicidad; el de ambiente al de contexto histórico; el de persona a tipificar al de sujeto con toda la rica multiplicidad que este último involucra” (Martínez, 2008).

Sin embargo, superar el enfoque positivista de la Epidemiología, va más allá de la “batalla ontológica” que propone Juan Samaja para las disciplinas de la salud (Samaja, 2004b, p. 34). Esta pugna es un juego de poder en un campo científico específico (Bourdieu, 1999a) por definir el ser, el saber y el hacer de la salud entre un enfoque biomédico positivista hegemónico, posturas críticas y otras hermenéutico-constructivistas. Lo anterior implica un gran reto, dada la imposibilidad de hacer compatibles diferentes posturas epistemológicas en pugna. Por eso es posible que sea en lo teleológico, en el propósito de la Epidemiología, donde este la posibilidad de construcción de nuevas prácticas. De ahí la pertinencia de una *Epidemiología Pertinente*, contextual y situada, con un marco epistemológico que acepte que el conocimiento es una construcción social, que los hallazgos y reportes científicos (y legos) siempre serán versiones, lecturas de la realidad, unos con mayor verosimilitud, inteligibilidad y coherencia que otros y que asuma como referente moral a la salud como derecho humano, y en consecuencia a la equidad sanitaria como propósito disciplinar; de tal manera que oriente su acción en ese sentido a partir de la interacción entre saber y hacer con la gente alrededor de problemas de salud concretos aunque complejos en contextos específicos.

Esta es mi propuesta desde una posición de agente subalterno en las dinámicas de la tradición en el campo disciplinar de la Epidemiología. Sin embargo, más que interesarme la disputa por acumular suficiente capital científico y simbólico para lograr la legitimación disciplinar lo que me importa, como médico, epidemiólogo, salubrista y profesor de la FNSP de la Universidad de Antioquia en un país como Colombia es la posibilidad de construir y transformar con otros condiciones más equitativas para un goce efectivo del derecho a la salud. Es lo que nos merecemos como humanos.

Bibliografía

- Abad Faciolince, H. (2006). *El olvido que seremos*. Bogotá: Planeta.
- Abad Gómez, H. (1966). Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Cuarta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Enseñanza de la Epidemiología (San Juan de Puerto Rico, 14 al 19 de noviembre de 1965)* (Vol. 141, pp. 47–49). Washington D.C.: OPS/OMS Publicación científica 141. Recuperado a partir de <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40198.pdf>
- Abad Gómez, H. (1981, agosto 23). Mis cinco mil novias. *Periódico El Mundo*, p. 3A.
- Abad Gómez, H. (1984, julio 21). Hace 20 años. *Periódico El Mundo*, p. 3A.
- Abadia, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine* (1982), 68(6), 1153–1160. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>
- Agudelo, D. J. (2012). Collage sobre la crónica latinoamericana del siglo veintiuno. En D. Jaramillo Agudelo & Varios autores, *Antología de crónica latinoamericana actual*. Bogotá: Santillana Ediciones Generales, S.L.
- Agudelo G., B., Grisales R., H., & Londoño-Fernández, J. L. (1998). Mortalidad por las cinco primeras causas y su modelación temporal, Medellín, 1987-1996. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 16(1), 27–50.
- Agudelo, H. B. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédito).
- AJPH. (1942a). What and Who Is an Epidemiologist? - Editorial. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 32(4), 414–415. <https://doi.org/10.2105/AJPH.32.4.414>
- AJPH. (1942b). What and Who Is an Epidemiologist: Curtain - Editorial. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 32(11), 1279–1280. <https://doi.org/10.2105/AJPH.32.11.1279>
- AJPH. (1942c). What and Who Is an Epidemiologist?—Comments on an editorial. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 32(6), 647–647. <https://doi.org/10.2105/AJPH.32.6.647>
- AJPH. (1942d). What and Who Is an Epidemiologist?—Comments on an editorial. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 32(7), 759–760. <https://doi.org/10.2105/AJPH.32.7.759>
- AJPH. (1942e). What and Who Is an Epidemiologist?—Comments on an editorial. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 32(8), 867–869. <https://doi.org/10.2105/AJPH.32.8.867>

AJPH. (1948). What Is Epidemiology? - Editorial. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 38(6), 852–856. <https://doi.org/10.2105/AJPH.38.6.852>

Alma Mater UdeA. (2016). *UdeA - Esta es la historia de Jaime Arturo Gómez, un médico voluntarioso. La Última Vocal (Completo)*. Medellín: Alma Mater - UdeA. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=6WjccqDAhd8>

Alma Mater UdeA. (2017). *UdeA - En Estudio: Carlos Alberto Rojas - Bia 'Buma El VIH/SIDA en los Embera Chamí, Cristiania 7/11*. Medellín: Alma Mater UdeA. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=n3davhnOtpQ>

Almeida Filho, N. de. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 753–770. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400002>

Almeida Filho, N. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud colectiva*, 3(3), 229–233.

Almeida Filho, N., Luis David, & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5(3), 323–344.

Almeida-Filho, N. (1994). Los desafíos de la Epidemiología Latinoamericana. *Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social*, 4(14), 29–35.

Almeida-Filho, N. (2000a). Epistemología, pragmatismo y realismo científico. En *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología* (pp. 39–58). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Almeida-Filho, N. (2000b). *La ciencia tímida: Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Álvarez-Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17). Recuperado a partir de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>

Álvarez-Castaño, L. S. (2014). Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dses>

Amsterdamska, O. (2005). Demarcating Epidemiology. *Science, Technology, & Human Values*, 30(1), 17–51. <https://doi.org/10.1177/0162243904270719>

Ander-Egg, E. (2003). *Repensando la investigación-acción-participativa*. Lumen-Humanitas.

Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa*. (C. B. Castellano & T. del A. Martín, Trads.). S L: Ediciones Morata.

Arango, P. (2009). La farsa de las publicaciones universitarias. *El Malpensante*, (97), 24–33.

Arbeláez, M. P. (2014). Hitos y retos de la Epidemiología. En *II Congreso Latinoamericano de Epidemiología. Medellín, 5-7 de marzo de 2014*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Arbeláez, M. P. (2016a). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Arbeláez, M. P. (2016b, diciembre 6). Discurso de agradecimiento por el Premio a una vida dedicada a la Investigación, Alcaldía de Medellín 2016. Alcaldía de Medellín.

Arbeláez, M. P., Gaviria, M. B., Franco, A., Restrepo, R., Hincapié, D., & Blas, E. (2004). Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19 Suppl 1, S25-43. <https://doi.org/10.1002/hpm.775>

Arbeláez, M. P., Nelson, K. E., & Muñoz, A. (2000). BCG vaccine effectiveness in preventing tuberculosis and its interaction with human immunodeficiency virus infection. *International Journal of Epidemiology*, 29(6), 1085–1091.

Ardila, E., & Pardo, R. (1999). Epidemiología clínica. Desarrollo histórico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(2), 111–115.

Arias, S., & Peñaranda, F. (2015). La investigación éticamente reflexionada. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 33(3), 444–451.

Arias Trujillo, R. (2011). Capítulo VIII. Del frente Nacional a nuestros días. En *Historia de Colombia. Todo lo que hay que saber (eBook)*. Bogotá: Penguin Random House Grupo Editorial Colombia.

Arias-Valencia, S. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 186–196.

Arias-Valencia, S. A. (2017). Del saber cotidiano al conocimiento científico de la enfermedad en las poblaciones. Dificultades y retos de la epidemiología como disciplina científica. *Historia y Sociedad*, (32), 83–101. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15446/hys.n32.59163>

Asamblea Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza, Brasil. Recuperado a partir de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Ayres, J. R. (2005). *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar.

Ayres, J. R. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Sao Paulo: (Inédita).

Ayres, J. R. de C. M. (2011). The historical and epistemological development of epidemiology and the concept of risk. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(7), 1301–1311. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700006>

Ballesterios, B., Gaviria, G., & Martínez, S. (2006). Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(1), 7–17.

Banco Mundial. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la Reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103(6), 695–709.

Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Madrid: Banco Mundial.

Barata, R. B. (1998). Epidemiologia e saber científico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3), 14–27.

Barata, R. B. (2005). Social epidemiology. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1), 7–17. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000100002>

Barnes, B., & Bloor, D. (1989). Relativism, Rationalism and the Sociology of Knowledge. En M. Hollis & S. Lukes (Eds.), *Rationality and Relativism* (pp. 21–47). Oxford: Blackwell.

Barnes, B., Bloor, D., & Henry, J. (1996). *Scientific Knowledge: A Sociological Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Barrenechea, J. J., & Trujillo Uribe, E. (1987). *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de sistemas de salud*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Barreto, S. M., Miranda, J. J., Figueroa, J. P., Schmidt, M. I., Muñoz, S., Kuri-Morales, P. P., & Silva, J. B., Jr. (2012). Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International Journal of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1093/ije/dys017>

Berger, P. L., & Luckmann, T. (2006). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Berkman, L. F., & Kawachi, I. (Eds.). (2000). *Social Epidemiology* (1a ed.). New York: Oxford University Press.

Bettcher, D. W., Sapirie, S., & Goon, E. H. (1998). Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Statistics Quarterly. Rapport Trimestriel De Statistiques Sanitaires Mondiales*, 51(1), 44–54.

Bhopal, R. S. (2002a). *Concepts of Epidemiology: An Integrated Introduction to the Ideas, Theories, Principles, and Methods of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Bhopal, R. S. (2002b). What is epidemiology? The nature and scope of a biological, social, and ecological science and of epidemiological variables and outcomes. En *Concepts of Epidemiology: An Integrated Introduction to the Ideas, Theories, Principles, and Methods of Epidemiology* (pp. 1–16). Oxford University Press.

Black, D., Davidson, N., & Whitehead, M. (1988). *Inequalities in Health: Black Report*. (P. Townsend & N. Davidson, Eds.). London: Penguin Books.

Bloor, D. (1998a). *Conocimiento e Imaginario Social*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Bloor, D. (1998b). Conocimiento e imaginario social: un estudio de caso. En *Conocimiento e Imaginario Social* (pp. 101–137). Barcelona: Gedisa Editorial.

Bloor, D. (1998c). ¿Puede haber otras matemáticas? En *Conocimiento e*

Imaginario Social (pp. 169–198). Barcelona: Gedisa Editorial.

Borges, J. L., & Mihailescu, C. A. (2001). *Arte poética: seis conferencias*. Barcelona: Crítica.

Borrero Ramírez, Y. E. (2014). *Luchas por la salud en Colombia*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana & Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.

Bourdieu, P. (1999a). El campo científico. En *Intelectuales, política y poder* (pp. 75–113). Buenos Aires: Eudeba.

Bourdieu, P. (1999b). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.

Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico: Ciencia de la ciencia y reflexividad: curso Collège de France 2000-2001*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2009). Estructuras, habitus y prácticas. En *El sentido práctico* (pp. 85–105). México, D.F.: Siglo XXI.

Braveman, P. (2014). What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 129 Suppl 2, 5–8.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Breilh, J. (2008). Latin American critical (“Social”) epidemiology: new settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 745–750. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn135>

Breilh, J. (2013a). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(S1), S13–S27.

Breilh, J. (2013b). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13–27.

Broadbent, A. (2011). Conceptual and methodological issues in epidemiology: An overview. *Preventive Medicine*, 53(4–5), 215–216. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.09.005>

Broadbent, A. (2013). *Philosophy of Epidemiology* (1 edition). Palgrave Macmillan.

Buck, C. (1975). Popper’s philosophy for epidemiologists. *International Journal of Epidemiology*, 4(3), 159–168.

Buck, C., Llopis, Á., Nájera, E., & Terris. (1988). *El Desafío de la epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de

la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Bushnell, D. (2005). *Colombia una nación a pesar de sí misma*. Bogotá: Booket.

Camargo Jr, K. R. de, Ortega, F., & Coeli, C. M. (2013). Modern epidemiology and its discontents. *Revista De Saúde Pública*, 47(5), 984–991.

Canguilhem, G. (1986). *Lo Normal y lo patológico*. México D.F.: Siglo XXI.

Caparrós, M. (2007). Por la crónica. En *La Argentina crónica* (pp. 7–22). Buenos Aires: Planeta.

Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(2), 287–307. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>

Cardona-Osorio, J. (1975). Discurso pronunciado por el Doctor Jorge Cardona Osorio en la clausura de los programas académicos de 1974 en la Escuela Nacional de Salud Pública. *Revista Escuela Nacional de Salud Pública*, 1(2), 9–10.

Castro, E. (2011). *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina.

Castro, E. (2014). *Introducción a Foucault (eBook)*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Castro-Gómez, S. (2003). Ciencias Sociales, violencia epistémica y el problema de la “invención del otro”. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 145–161). Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado a partir de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/lander.html>

Castro-Gómez, S. (2007). Decolonizar la universidad. La hybris del punto cero y el diálogo de saberes. En S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 79–92). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Castro-Gómez, S., & Grosfoguel, R. (2007). *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Bogotá: Instituto Pensar - Universidad Javeriana, Universidad Central y Siglo del Hombre Editores.

Cerda-García, A. (2013). Diversidad epistemológica: descolonización y saberes emergentes. En C. Martínez-Salgado, M. del C. Chapela, & V. Ruíz-Velasco (Eds.), *En el juego de los espejos. Multi, inter, transdisciplina e investigación cualitativa en salud* (pp. 103–120). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.

Cipolla, C. M. (1993). *Contra un enemigo mortal e invisible*. Barcelona: Crítica.

Cochrane Iberoamérica. (2015). Fallece el Dr. David Sackett, Presidente Fundador de la Colaboración Cochrane (1934-2015). Recuperado el 1 de julio de 2017, a partir de [/es/news/fallece-el-dr-david-sackett-presidente-fundador-de-la-colaboracion-cochrane-1934-2015-0](http://es/news/fallece-el-dr-david-sackett-presidente-fundador-de-la-colaboracion-cochrane-1934-2015-0)

Colaboración Cochrane. (2003). Revisores Cochrane. Manual 4.1.6. Recuperado a partir de <http://cochrane.es/?q=en/archivosCochrane>

Colciencias. (2014). *Modelo de medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y reconocimiento de investigadores del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación, año 2014*. Bogotá: Colciencias.

Colimon, K. M. (1978). *Fundamentos de epidemiología*. Medellín: Ediciones Colimon.

Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud "Un Sistema de Salud al servicio de la gente"*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Colombia - Congreso de Colombia. (2015). *Ley 1751 del 16 de Febrero de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de Colombia.

Colombia - Congreso de la República. (1990). *Ley 10 de 1990 (enero 10) por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Ministerio de Salud. Recuperado a partir de <https://goo.gl/hTQYKh>

Colombia - Congreso de la República. (1992). *Ley 30 del 28 de diciembre de 1992 por el cual se organiza el servicio público de la Educación Superior*. Bogotá: Congreso de la Republica.

Colombia - Corte Constitucional. (2008). *Sentencia No. T-760 de 2008*. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia.

Colombia - Corte Constitucional. (2010). *Sentencia C-252/10. El decreto declaratorio del estado de emergencia social se ha encontrado contrario a la Constitución Política*. Bogotá: Colombia Corte Constitucional.

Colombia - Defensoría del Pueblo. (2004). *La tutela y el Derecho a la Salud. Causas de las tutelas en salud*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Colombia - Defensoría del Pueblo. (2005). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud - 2005*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.

Colombia - Ministerio de Educación. (1980). *Decreto 80 de 1980 (Enero 22) por el cual se organiza en sistema de educación post-secundaria*. Bogotá: Ministerio de Educación. Recuperado a partir de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102556_archivo_pdf.pdf

Colombia - Ministerio de Hacienda, & Colombia - Ministerio de Educación. (2002). *Decreto 1279 de Junio 19 de 2002 Por el cual se establece el régimen salarial y prestacional de los docentes de las Universidades Estatales*. Bogotá: Ministerio de Educación.

Colombia - Ministerio de la Protección Social, & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. (2010). *Situación de Salud en Colombia 2002-2007. Resumen* (Vol. VII). Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Recuperado a partir de <https://goo.gl/xFQ85M>

Colombia - Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la*

investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud.

Colombia - Ministerio de Salud. (1994). *La carga de la enfermedad en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Colombia - Ministerio de Salud. (2008). *Resolución 001841 de 2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Colombia - Ministerio de Salud y de Protección Social. (2013). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*. Bogotá DC: MinSalud. Recuperado a partir de <https://goo.gl/z7iCxA>

Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Colombia. Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 del 19 de enero de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogota: Congreso de la Republica.

Comité de Programa Doctorado en Epidemiología. (2016). *Proyecto Educativo de Programa - Doctorado en Epidemiología*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica. Universidad de Antioquia.

Comité de Programa Doctorado en Salud Pública. (2017). *Proyecto Educativo de Programa - Doctorado en Salud Pública*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica. Universidad de Antioquia.

Comité de Programa Maestría en Epidemiología. (2016). *Proyecto Educativo de Programa - Maestría en Epidemiología*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica, Universidad de Antioquia.

Consejo Interamericano Económico y Social. (1961). Carta de Punta del Este. *El Trimestre Económico*, 28(112(4)), 735–764.

Correa, P. (2014). A pioneer cancer registry in Latin America. *Salud Pública de México*, 56(5), 417–417.

Correa, P., & Llanos, G. (1966). Morbidity and Mortality From Cancer in Cali, Colombia. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 36(4), 717–745. <https://doi.org/10.1093/jnci/36.4.717>

Corredor, A. (1997). Santiago Renjifo Salcedo 1913 - 1965. *Biomédica*, 17(3), 147–150. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v17i3.947>

Crespo, C., & Tozzini, M. A. (2011). De pasados presentes: hacia una etnografía de archivos. *Revista Colombiana de Antropología*, 47(11), 69–90.

Cuello, C., Correa, P., & Eisenberg, H. (1969). Geographic pathology of thyroid carcinoma. *Cancer*, 23(1), 230–239. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(196901\)23:1<230::AID-CNCR2820230131>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/1097-0142(196901)23:1<230::AID-CNCR2820230131>3.0.CO;2-N)

Cuenta de Alto Costo, & Ministerio de Salud. (2007). Quiénes Somos. Recuperado el 29 de junio de 2017, a partir de <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos>

Cueto, M. (2005). Instituciones sanitarias y poder en América Latina. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25(0), 47–57.

Cueto, M., & Palmer, S. (2014). *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Cambridge: Cambridge University Press.

De la Garza-Toledo, E. (2012). La metodología marxista y el configuracionismo en América Latina. En E. De la Garza-Toledo & G. Leyva (Eds.), *Tratado de Metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 236–266). México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

De la Garza-Toledo, E., & Leyva, G. (Eds.). (2012). Introducción. En *Tratado de Metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

De la Hoz, F. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).

De los Rios, J. (1990). *Historia de la Epidemiología en Antioquia*. Medellín: (Manuscrito inédito).

De Roux, F. (2011). La investigación pertinente. En *XI Congreso XI La Investigación en la Pontificia Universidad Javeriana. Cali, 20 a 23 de Septiembre de 2011*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado a partir de <https://goo.gl/CfXh9p>

del Corral, H., París, S. C., Marín, N. D., Marín, D. M., López, L., Henao, H. M., ... García, L. F. (2009). IFN γ response to Mycobacterium tuberculosis, risk of infection and disease in household contacts of tuberculosis patients in Colombia. *PloS One*, 4(12), e8257. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008257>

Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2007). *40 años comprometidos con la salud de los antioqueños. Crónicas 1967-2007*. (L. E. Maya Salinas & J. Bolívar Mejía, Eds.). Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

Djulgovic, B., & Guyatt, G. H. (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. *The Lancet*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31592-6)

Duque Ramírez, L. F. (1993). El objeto de estudio de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2). Recuperado a partir de <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/25078>

Echeverry, E. (2002). La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades; Salud en Colombia. *Rev. gerenc. políticas salud*, 1(3), 76–94.

Echeverry, M. E. (2002). Sangre de esperanza. In memoriam. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 137.

Echeverry-López, M. E. (2013). *Indignación justa: estudios sobre la acción de tutela en salud en Medellín*. Medellín: Hombre Nuevo Editores.

El-Sayed, A. M., & Galea, S. (2017). *Systems Science and Population Health*. Oxford: Oxford University Press.

Epidemiología UdeA. (2017). Epidemiología (GrupLAC). Recuperado el 5 de

julio de 2017, a partir de <http://scienti.colciencias.gov.co:8080/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=0000000008110>

- Epi-Egr3. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín.
- Epi-Egr5. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).
- Epi-Egr6. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-Ext1. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).
- Epi-Ext3. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Cali: (Inédita).
- Epi-Ext6. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).
- Epi-UdeA2. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).
- Epi-UdeA3. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).
- Epi-UdeA4. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA5. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA7. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA8. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA10. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA11. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA12. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA13. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA15. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA16. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Epi-UdeA17. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Equipo de Epidemiología Secretaría de Salud Medellín. (2016). *Entrevista grupal realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Equipo de Salud del Hospital San José de Turbo SSSA. (1991). Epidemia del cólera, Turbo, Antioquia. Agosto 4 a Octubre 4 de 1991. *Boletín Epidemiológico de Antioquia*, 16(3), 183–198.
- Eslava, J. C. (1996). El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(2), 110–113.
- Eslava, J. C. (1998). El influjo norteamericano en el desarrollo de la salud

pública en Colombia. *Biomédica*, 18(2), 101–109.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v18i2.977>

Eslava, J. C. (2004). *Buscando el reconocimiento profesional: la salud pública en Colombia, en la primera mitad del siglo XX*. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.

Estrada Orrego, V. (2004). Comienzos de una epidemiología de terreno en Colombia. En J. H. Marquez Valderrama, A. L. Casas Orrego, & V. E. Estrada Orrego (Eds.), *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. (pp. 127–158). Medellín: Universidad Nacional de Colombia (Medellín).

Estrada Orrego, V. (2015). *La valeur des chiffres : la production et les usages des statistiques démographiques et de santé publique en Colombie 1886-1947* (Thèse Doctorat en Histoire - option Histoire des sciences). Paris, EHES. Recuperado a partir de <http://www.theses.fr/2015EHES0172>

Estrada Orrego, V., Gallo, O., & Márquez-Valderrama, J. (2016). Retórica de la cuantificación: tuberculosis, estadística y mundo laboral en Colombia, 1916-1946. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(2), 277–299.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702015005000013>

Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. (2001). *Pensamiento en Salud Pública. El Derecho a la Salud*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia.

Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. (2010). *Pronunciamiento de la Facultad Nacional de Salud Pública frente a la declaratoria de Emergencia Social* (Vol. Cartilla No. 1). Medellín: Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Recuperado a partir de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/issue/view/1132>

Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. (2011). *Propuesta de un sistema de salud para Colombia* (Vol. Cartilla No. 2). Medellín: Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Recuperado a partir de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/issue/view/995>

Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia, & Corporación Héctor Abad Gómez para la Educación y la Salud Pública. (2012). Foro: Emergencia Social en Salud. 26 de Febrero de 2010. En *Memorias Cátedra de Formación Ciudadana Héctor Abad Gómez 2010-2011* (pp. 13–42). Medellín: Universidad de Antioquia.

Facultad Nacional de Salud Pública UdeA. (1992). Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 12, Núm. 1 (1992). Recuperado el 20 de junio de 2017, a partir de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/issue/view/2114>

Fernández-Niño, J. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bucaramanga: (Inédita).

Flórez, J., & Mazuera del Hierro, M. E. (Eds.). (1991). *Curso modular Epidemiología Básica*. Medellín: OPS, FNSP y UdeA.

Foucault, M. (1968). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3–25.

Foucault, M. (2006). *La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2010a). Ciencia y saber. En *La arqueología del saber* (pp. 298–330). México, D.F.: Siglo XXI.

Foucault, M. (2010b). *La arqueología del saber*. México, D.F.: Siglo XXI.

Foucault, M. (2012a). La política de la salud en el siglo XVIII (1979). En *El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida* (pp. 211–232). Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2012b). Poder y saber. En *El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida* (pp. 251–267). Buenos Aires: Siglo XXI.

Foxman, B., & The 2002 Epidemiology Society Leadership Group. (2005). Challenges of epidemiology in the 21st century: comments from the leaders of several epidemiology associations. *Annals of Epidemiology*, 15(1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2004.09.006>

Franco, Á. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Franco Giraldo, Á. (1995). La Ley 100 de 1993, la salud pública y la seguridad social en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 13(1), 21–41.

Franco, S. (1993). Teoría y práctica de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2), 63–76.

Franco, S. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).

Franco, S., Duarte, E., Breilh, J., & Laurell, C. (1991). *Debates en medicina social*. Quito: OPS - Alames.

Fraser, N. (2008). *Escalas de justicia (eBook)*. (A. M. Riu, Trad.). Escalas de justicia: Herder.

Freire, P. (2007). *Pedagogía del Oprimido* (Tra edition). México, D.F.: Siglo XXI Ediciones.

Gadamer, H.-G. (1992). La hermenéutica como teoría y práctica. En *Verdad y método II* (pp. 293–308). Salamanca: Ediciones Sígueme.

Gadamer, H.-G. (2007a). Fundamentos para una teoría de la experiencia hermenéutica. En *Verdad y método I* (Edición: 1, pp. 331–458). Salamanca: Ediciones Sígueme, S. A.

Gadamer, H.-G. (2007b). *Verdad y método I*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

Gadamer, H.-G. (2012). *El Estado Oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa.

Gaitan, E., Wahneiv, H. W., Correa, P., Bernal, R., Jubiz, W., Gaitan, J. E., & Llanos, G. (1968). Endemic Goiter in the Cauca Valley: I. Results and Limitations of Twelve Years of Iodine Prophylaxis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 28(12), 1730–1740. <https://doi.org/10.1210/jcem-28-12-1730>

Galea, S., Riddle, M., & Kaplan, G. A. (2010). Causal thinking and complex system approaches in epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 39(1), 97–106. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp296>

Galindo, C. A., Gómez, J. F., & Rodríguez, M. A. (2015). Repercusión del proyecto neoliberal en la educación superior en Colombia. *El Ágora U.S.B.*, 15(1), 73–94.

Gaviria-Londoño, M. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Gaviria-Londoño, M. B. (2014). Hilos y tejidos, palabras y narración en salud. En *VI Congreso Iberoamericano de Investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Geertz, C. (1994). Géneros confusos: la refiguración del pensamiento social. En *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas* (pp. 31–50). Barcelona: Editorial Paidós.

Geertz, C. (2005). Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura. En *La interpretación de las culturas* (pp. 19–40). Barcelona: Gedisa.

Gil-Blas, J. (2013). *Por la salud del pueblo. Apuntes a una historia de contexto de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Patrimonio de la comunidad 1963-2013*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia - CIS.

Giroux, É. (2011). *Después de Canguilhem Definir la Salud y la Enfermedad*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Gómez, J. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Gómez-Arias, R. D. (2006). *La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia. 1985-2001*. Medellín: Revista Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia. Recuperado a partir de <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/investigaciones/tesis%20RDGomez.pdf>

Gómez-Arias, R. D., Bonmati, A. N., Pereyra-Zamora, P., Rodríguez-Ospina, F. L., & Agudelo-Londoño, S. M. (2009). Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia, 1985-2002. *Colombia Médica*, 40(4), 373–386.

Gómez-Arias, R. D., Nolasco Bonmatí, A., Pereyra-Zamora, P., Arias-Valencia, S., Rodríguez-Ospina, F. L., & Aguirre, D. C. (2009). Diseño y análisis comparativo de un inventario de indicadores de mortalidad evitable adaptado a las condiciones sanitarias de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(5), 385–397. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009001100002>

Gómez-Echeverri, E., & Correa-Urbe, F. (1999). *Memoria Facultad Nacional de Salud Pública*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Gómez-Gallego, J., & Gómez-Castaño, J. D. (2016). *Artículos epidemiológicos por autores de la Universidad de Antioquia entre los años 1986-2015* (Pregrado Profesional de Servicios de Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud). Universidad de Antioquia, Medellín.

Gonzalez de la Fe, T., & Sancehz Navarro, J. (1988). Las sociologías del conocimiento científico. *Reis*, 75–124.

González, G. (1995). El antaño y el hogaño de la salud pública y el Boletín Epidemiológico de Antioquia. *Boletín Epidemiológico de Antioquia*, 20(3), 143–145.

Gonzalez, G. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

González, G., González, G., Puerta, H., & Torres, Y. (1977). Intoxicación alimentaria por bacillus cereusen el Servicio de Neonatología del Hospital General de Medellín - Colombia, 1977. *Revista Escuela Nacional de Salud Pública*, 3(2), 24–37.

Gonzalez Rodriguez, A. L. (2008). *La modernizacion de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1930-1970*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina.

González, T., & Sánchez-Navarro, J. (1988). Las sociologías del conocimiento científico. *Reis*, (43), 75. <https://doi.org/10.2307/40183344>

González-Rodríguez, L. A. (2008). *La modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1930-1970*. Medellín: Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia.

Greenwood, D. J., & Levin, M. (2006). *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change* (Edición: Second Edition). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Grisales-Vargas, A. L. (2003). La hermenéutica filosófica y las ciencias. *Cuadernos Filosófico-literarios*, (14), 1–62.

Guber, R. (2001a). Capítulo 2. El trabajo de campo: un marco reflexivo para la interpretación de técnicas. En *Etnografía. Método, campo y reflexividad* (pp. 41–54). Bogotá: Editorial Norma.

Guber, R. (2001b). *Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Editorial Norma.

Guber, R. (2001c). La entrevista etnográfica o el arte de la “no directividad”. En *Etnografía. Método, campo y reflexividad* (pp. 74–99). Bogotá: Editorial Norma.

Guevara, E. “Che”. (1961, agosto 8). Che Guevara: Intervención ante el Consejo Interamericano Económico y Social (Punta del Este, 8 de agosto de 1961). Recuperado el 30 de abril de 2017, a partir de <https://goo.gl/cZgxZn>

Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... Tugwell,

P. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420–2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>

Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G., Brozek, J., ... Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383–394. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.04.026>

Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

Habermas, J. (2010). *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Trotta.

Hattois, G. (2007). *la ciencia entre los valores modernos y posmodernos*. Bogotá: Universidad El Bosque.

Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evidence Based Medicine*, 7(2), 36–38. <https://doi.org/10.1136/ebm.7.2.36>

Heinrich, M. (2008). *Crítica de la economía política: Una introducción a El Capital de Marx*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.

Heisenberg, W. (1976). *La imagen de la naturaleza en la física actual*. Barcelona: Ariel.

Heller, A. (2002). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

Henao, D. E., & Jaimes, F. A. (2009). Medicina basada en la evidencia: una aproximación epistemológica. *Biomédica*, 29(1), 33–42. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v29i1.39>

Hernández Álvarez, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 228–235.

Hernández, M. (2011). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En C. Eibenschutz, S. Tamez, & R. González (Eds.), *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* (pp. 169–192). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado a partir de <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

Hernández, M., & Obregón, D. (2002). *La organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano. Cien años de historia (1902-2002)*. Bogotá: OPS. Recuperado a partir de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688

Hernández, M., & Quevedo, E. (1994). La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En M. I. Rodríguez (Ed.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. (pp. 13–34). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado a partir de

<http://repository.unm.edu/handle/1928/4639>

Hernández-Álvarez, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud pública*, 2(2), 121–144.

Hernández-Álvarez, M. (2002). *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Hernández-Álvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista de Salud Pública*, 10, 72–82. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000600007>

Hernández-Yasnó, A. (2008, septiembre 7). Aproximación a la historia etnográfica. Recuperado el 17 de mayo de 2014, a partir de http://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=1160

Hill, A. B. (1965). The Environment and Disease: Association or Causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58(5), 295–300.

Hincapié Palacio, D. (2017). Hoja de vida. Recuperado el 5 de julio de 2017, a partir de <https://goo.gl/5Z4DQu>

Hincapié Palacio, D., Ospina Giraldo, J., Lenis Ballesteros, V., Ospina, O., C. M., Arroyave Cadavid, M., ... Almanza Payares, R. (2012). Herd immunity against rubella according to a survey of the population in Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(2), 101–108. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000800003>

Hobbes, T. (2004). *Leviatán (Spanish Edition)*.

Hobsbawm, E. (1998). *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Critica.

Honneth, A. (2009). *Crítica del agravio moral. Patologías de la sociedad contemporánea*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Horwitz, A. (1960). El desarrollo económico y el bienestar social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 59(4), 309–314.

Horwitz, A. (1961a). El desarrollo económico y el bienestar social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 52(3), 387–389.

Horwitz, A. (1961b). Epidemiology in Latin America. *Public Health Reports*, 76(9), 800–802.

Hoyos Naranjo, J. J. (2003). *Escribiendo historias. El arte y el oficio de narrar en el periodismo*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Idrovo, A. J., Eslava, J. C., Ruiz-Rodríguez, M., & Rodríguez, J. M. (2008). La otra transición epidemiológica: hitos en el desarrollo de la epidemiología de los factores de riesgo en Colombia. *Biomédica*, 28(4), 480–496.

Instituto de Evaluación Económica en Salud. (2011). Quiénes Somos - Qué es el IETS. Recuperado el 29 de junio de 2017, a partir de <http://www.iets.org.co/quienes-somos/Paginas/Qu%c3%a9-es-el-IETS.aspx>

Iriart, C., Waitzkin, Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina

social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud pública*, 12(2), 128–136.

Jaimes, F. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Jaramillo-Cortinez, L. (2016, marzo). *Trayectoria de la Revista Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia 1970-2015* (Pregrado Historia). Universidad Nacional de Colombia - Sede Medellín, Medellín.

Jenicek, M. (2006). Evidence-based medicine: fifteen years later. Golem the good, the bad, and the ugly in need of a review? *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 12(11), RA241-251.

Jiménez de la Jara, J. (2003). Abraham Horwitz (1910-2000) Padre de la Salud Pública Panamericana. *Revista médica de Chile*, 131(8), 929–934. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000800014>

Kennedy, J. F. (1961, enero 20). Discurso inaugural del Presidente John Fitzgerald Kennedy (Washington, 20 de enero de 1961). Recuperado el 30 de abril de 2017, a partir de <https://goo.gl/GmDLvw>

Keyes, K. M., & Galea, S. (2014). Current Practices in Teaching Introductory Epidemiology: How We Got Here, Where to Go. *American Journal of Epidemiology*, 180(7), 661–668. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu219>

Krieger, N. (2011a). Does epidemiology theory exist? On science, data and explaining disease distribution (Chapter 1). En *Epidemiology and the People's Health* (pp. 3–41). New York: Oxford University Press.

Krieger, N. (2011b). *Epidemiology and the People's Health*. New York: Oxford University Press.

Krieger, N. (2012). Who and what is a “population”? Historical debates, current controversies, and implications for understanding “population health” and rectifying health inequities. *The Milbank Quarterly*, 90(4), 634–681. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2012.00678.x>

Kuhn, T. S. (2006). *La Estructura de las revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lander, E. (2000). ¿Conocimiento para qué? ¿Conocimiento para quién? Reflexiones sobre la universidad y la geopolítica de los saberes hegemónicos. Recuperado el 7 de octubre de 2014, a partir de <http://www.tni.org/es/paper/conocimiento-para-que-conocimiento-para-quien>

Lander, E. (Ed.). (2003). *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Recuperado a partir de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/lander/lander.html>

Lander, E. (2008). La ciencia neoliberal. *Tabula Rasa*, (9), 247–284.

Latour, B. (2012). *La Esperanza de Pandora: Ensayos Sobre la Realidad de los Estudios de la Ciencia*. Barcelona: Gedisa.

Latour, B., & Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza Editorial.

Laurell, A. C. (1982a). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, (19), 1–11.

Laurell, A. C. (1982b). La Salud-enfermedad Como Proceso Social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1(2), 7–25.

Leyva, G., & Sampaio de Madereira, M. M. (2012). Teoría Crítica: El indisoluble vínculo entre la teoría social y la crítica normativa inmanente. En E. De la Garza-Toledo & G. Leyva (Eds.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 267–324). México, D.F: Fondo de Cultura Económica.

Lilienfeld, A. M. (1957). Epidemiological methods and inferences in studies of noninfectious diseases. *Public Health Reports*, 72(1), 51–60.

Lilienfeld, A. M. (1983). Wade Hampton Frost: contributions to epidemiology and public health. *American Journal of Epidemiology*, 117(4), 379–383. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a113556>

Lilienfeld D. E. (1994). *Foundations of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions and emerging confluences, revisited. En *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 97–128). London: SAGE.

Locke, J. (2014). *Ensayo y carta sobre la tolerancia*. Madrid: Alianza Editorial.

Londoño, S. M. A., González-Ortiz, L. D., Vélez-Álvarez, G. A., Gómez-Dávila, J., & Gómez-Arias, R. D. (2016). Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo en mujeres con y sin morbilidad materna extrema. Medellín, 2011-2012. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.arsd>

Londoño-Fernández, J. L. (1995). *Metodología de la investigación epidemiológica* (Primera edición). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Londoño-Fernández, J. L. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Lopez-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., & Hernandez-Avila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Publica Mex*, 42(2), 133–143.

Lugo, L. H. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Lugo, L. H., García, H. I., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37–50.

Machado, A. (1998). *La Cuestión agraria en colombia a fines de milenio*. Bogotá: El Ancora Editores.

MacMahon, B., & Pugh, T. (1975). *Principios y métodos de epidemiología*

(Segunda Edición). México: Prensa Médica Mexicana.

Maldonado, C. E. (2013). *Significado e impacto social de las ciencias de la complejidad*.

Maniglio, F. (2016). La subsunción del saber: la transformación de la Universidad en la época del Capitalismo Cognitivo. Introducción. En F. Sierra-Caballero, *Capitalismo Cognitivo y Economía Social del Conocimiento. La lucha por el Código* (pp. 181–183). Quito: CIESPAL.

Marmot, M. (2005). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity* (Edición: Reprint). New York: Owl Books.

Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)

Marquez Valderrama, J. H. (2004). Políticas, tráficos y epidemias en Colombia a comienzos del siglo XX. En J. Marquez Valderrama, A. L. Casas Orrego, & V. E. Estrada Orrego, *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. (pp. 183–202). Medellín: Universidad Nacional de Colombia (Medellín).

Márquez-Valderrama, J. (2004). Clima y fiebres en Colombia en el siglo XIX. En J. H. Márquez-Valderrama, A. L. Casas Orrego, & V. E. Estrada Orrego (Eds.), *Higienizar, medicar, gobernar: historia, medicina y sociedad en Colombia*. (pp. 95–110). Medellín: Universidad Nacional de Colombia (Medellín).

Martínez, C. (2008). Abrir la epidemiología. En *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud* (pp. 30–39). México: Universidad Autónoma Metropolitana, ALAMES. Recuperado a partir de <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

Martínez Herrera, E. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Martínez López, E. (1993). Objeto de estudio de la salud pública. Nuevo enfoque a partir de la epidemiología. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2), 26–28.

Martínez López, E. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Martínez-Álvarez, E. A. (2016). El SIVIGILA, una infraestructura que moviliza enfermedades, prácticas y políticas de vigilancia en salud pública. *Revista Colombiana de Sociología*, 39(2), 283–302.

Marx, K. (2013). *El Capital : tomo I*. Madrid: e-artnow ediciones.

Maya, L. H. (1990). La Epidemiología en Antioquia. *Boletín Epidemiológico de Antioquia*, 15(4), 379–390.

Mejía-Correa, A. M. (2007). Estructura organizativa de los grupos de investigación de la Universidad de Antioquia como fuente de creación de conocimiento. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 30(2), 89–112.

Méndez, F. (2013). Epidemiología moderna: antecedentes, desarrollos y

perspectivas. *Revista de Salud Pública*, 15(5), 707–718.

Méndez, F. (2015). Transdisciplina e investigación en salud: ciencia, sociedad y toma de decisiones. *Colombia Médica*, 46(3), 128–134.

Mill, J. S. (2014). *El utilitarismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Minayo, M. C. de S. (2009a). Capítulo 4. Corrientes de pensamiento. En *La Artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 69–116). Lugar editorial.

Minayo, M. C. de S. (2009b). Introducción a la artesanía de la investigación cualitativa. En *La Artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 19–32). Lugar editorial.

Minayo, M. C. de S. (2009c). *La Artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar editorial.

Minayo, M. C. de S. (2009d). La hermenéutica dialéctica. En *La Artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 268–294). Buenos Aires: Lugar editorial.

Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621–626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

Ministerio de Salud. (2017). Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado el 11 de julio de 2017, a partir de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Salud de Colombia. (1969). *Investigación Nacional de Morbilidad: evidencia clínica*. Bogotá: Ministerio de Salud.

MinSaludCol. (2013). *Dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Bogotá: MInSaludCol. Recuperado a partir de <https://www.youtube.com/watch?v=MMVi6Rdf7vI&feature=youtu.be>

Molina, G. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Montoya Serna, C. M. (2007). Editorial. *Revista Epidemiológica de Antiquia*, 29(1), 5–6.

Morabia, A. (Ed.). (2005a). *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*. Boston: Birkhäuser.

Morabia, A. (2005b). Part I: Epidemiology: An epistemological perspective. En A. Morabia (Ed.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts* (pp. 1–125). Boston: Birkhäuser.

Morabia, A. (2010). History of the modern epidemiological concept of confounding. *Journal of Epidemiology & Community Health*. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.112565>

Morales, C., & Eslava, J. C. (Eds.). (2015). *Tras las huellas de la determinación*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales?: Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 810–813.

Morales-Thomas, N. (2009). El Manizales Truman Show. *El Malpensante*, (102), 29–35.

Muñoz López, O. L., Rodríguez Jaramillo, L. F., & Guzmán Paniagua, H. (2013, junio). Plan Decenal de Salud Pública: para ir de la teoría a la práctica. *Periódico El Pulso*. Recuperado a partir de <http://www.periodicoelpulso.com/html/1306jun/debate/debate-01.htm>

Muñoz, N., Correa, P., Cuello, C., & Duque, E. (1968). Histologic types of gastric carcinoma in high- and low-risk areas. *International Journal of Cancer*, 3(6), 809–818. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910030614>

Muñoz, N., Knaul, F., & Lazcano, E. (2014). 50 años del Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Colombia. *Salud Pública de México*, 56(5), 421–422.

Nieto, E. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Nietzsche, F. (2014). *Así habló Zaratustra*. e-artnow Editions.

Nozick, R. (2014). *Anarquía, Estado y Utopía* (2 edition). New Hampshire: INNISFREE.

Nussbaum, M. C. (2012). *Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Obregón Torres, D. (2002). *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Universidad Eafit - Banco de la República.

Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología - Universidad Nacional de Colombia / Universidad del Rosario. (2013). *Colciencias cuarenta años Entre la legitimidad, la normatividad y la práctica*. Bogotá: Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología.

Ocampo Gaviria, J. A. (2017). *Historia económica de Colombia*. México: FCE - Fondo de Cultura Económica.

Ochoa, J., Hincapié-Palacio, D., Sepúlveda, H., Ruiz, D., Molina, A., Echeverri, S., ... Arbeláez, M. P. (2015). Simulation of risk of tuberculosis infection in healthcare workers in hospitals of an intermediate incidence country. *Epidemiology and Infection*, 143(12), 2639–2647. <https://doi.org/10.1017/S0950268814003537>

Ochoa, J., León, A. L., Ramírez, I. C., Lopera, C. M., Bernal, E., & Arbeláez, M. P. (2017). Prevalence of tuberculosis infection in healthcare workers of the public hospital network in Medellín, Colombia: a Bayesian approach. *Epidemiology and Infection*, 145(6), 1095–1106. <https://doi.org/10.1017/S0950268816003150>

Oficina Sanitaria Panamericana. (1960). Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública: Informe final. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 68(4), 281–282.

Oficina Sanitaria Panamericana. (1962). Segunda Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina, con atención especial a la enseñanza de la bioestadística. *OPS. Publicación Científica*, 60. Recuperado a partir de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1343>

Olaya-Peláez, Á. (2003). Facultad Nacional de Salud Pública. La salud como asunto político y académico. En Universidad de Antioquia, *Crónicas Universitarias* (pp. 197–203). Medellín: Universidad de Antioquia.

Olaya-Peláez, Á. (2014). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Olaya-Peláez, Á. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. *Centro de prensa, Organización Panamericana de la Salud, OPS*.

Organización Mundial de la Salud-Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe final Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - OMS*. Ginebra: OMS. Recuperado a partir de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Panamericana de la Salud (Ed.). (1966). *Cuarta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Enseñanza de la Epidemiología* (Vol. 141). Washington D.C.: OPS/OMS Publicación científica 141. Recuperado a partir de <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40198.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (1984). *Seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología. 7-10 de Noviembre de 1983, Buenos Aires, Argentina*. Washington: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (1988). XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. *Boletín epidemiológico (Washington)*, 9(1), 1–8.

Organización Panamericana de la Salud. (1992). *La Crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (1993). *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas : Memorias de un Grupo de Consulta reunido en Nueva Orleans, 21-24 de octubre de 1991*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud, & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. (2005a). *Salud y desplazamiento en Colombia*. Bogotá: OPS/OMS - FNSP. Recuperado a partir de <https://goo.gl/iFjsbY>

Organización Panamericana de la Salud, & Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia. (2005b). Serie Salud y Desplazamiento. Recuperado el 5 de julio de 2017, a partir de <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/seriesaldes/>

Orozco, S., Peñaranda, F., Restrepo, D., Mejía, L. M., & Arias, S. (2014). Generalización e inferencia: un acercamiento a su comprensión desde tres enfoques. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(2), 115–122.

Ortiz, G., González, L. D., Arias, G., Darío, R., Álvarez, V., Adriana, G., ... Wylie, J. (2014). Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev. panam. salud pública*, 35(1), 15–22.

Otálvaro Castro, G. J. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Paredes Hernández, N. (2003). *Derecho a la salud: su situación en Colombia*. Bogotá: Centro de Investigación y Educación Popular CINEP, GTZ.

Peñaranda, F. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Pineda-Cañar, C. A. (2014). Formación y medicina: la transición del modelo anatomo-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. *Iatreia*, 27(3), 255–266.

Porta, M. (Ed.). (2014). *A Dictionary of Epidemiology* (6 edition). Oxford: Oxford University Press.

Porter, D. (2005). *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London ; New York: Routledge.

Puffer, R. R., & Griffith, G. W. (1967). *Patterns of urban mortality: report of the inter-American investigation of mortality*. Washington: Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau.

Quevedo, E. (1992). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. En Á. Cardona (Ed.), *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeúz Editores.

Quevedo, E., Borda, C., Eslava, J. C., Guzman, M. del P., & Mejía, P. (2004). *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el transito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Instituto de Salud Pública, Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Quevedo, E., Hernández, M., Cortés, C., & Eslava, J. C. (2013). Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3), 295–321.

Quintana, D., Delia, C., & González López-Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261–265.

Rack, C. (1977). U.S. medical research abroad. *Science for the people magazine*, 9(1), 20–26.

Rappaport, J. (2007). Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración. *Revista Colombiana de Antropología*, 43, 197–229.

Rawls, J. (2006). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Redacción de El Colombiano. (1973, junio 9). Fuego en la U. de A. *El Colombiano*, p. 1.

Redacción El Tiempo. (1993, junio 20). Asesinado directivo de Uniantioquia. Recuperado el 14 de junio de 2017, a partir de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-140502>

Redacción El Tiempo. (1994, junio 4). Condena a la Nación. Recuperado el 14 de junio de 2017, a partir de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-143993>

Redacción Judicial El Espectador. (2012, agosto 25). Los mártires de la Universidad de Antioquia [Text]. Recuperado el 14 de junio de 2017, a partir de <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/los-martires-de-universidad-de-antioquia-articulo-370118>

Redacción Semana. (1988, mayo 12). Profesor peligro: DAS involucrado en la muerte de dos profesores de la Universidad de Antioquia. Recuperado el 14 de junio de 2017, a partir de <http://www.semana.com/nacion/articulo/profesor-peligro/11061-3>

Restrepo Chavarriaga, G. (1968). Escuela de Salud Pública. Universidad de Antioquia. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Quinta Conferencia de Directores de Escuelas de Salud Pública de América Latina. Enseñanza de la Atención Médica (Buenos Aires, Argentina, 19 a 24 de noviembre de 1967)* (Vol. 171, pp. 67–71). Washington D.C.: OPS/OMS Publicación científica 171. Recuperado a partir de <http://hist.library.paho.org/English/SPUB/40198.pdf>

Restrepo, H. (1993). La evolución de la epidemiología en la América Ibérica, la enseñanza y la práctica de la epidemiología. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 13(1). Recuperado a partir de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/25037>

Restrepo, H. (2015a). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Restrepo, H. (2015b). La epidemiología y las políticas públicas saludables. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2), 35–42.

Restrepo, H., & Velez, L. (1973). Training in Epidemiology in the National School of Public Health of Colombia. *International Journal of Epidemiology*, 2(4), 417–418. <https://doi.org/10.1093/ije/2.4.417>

Restrepo Henao, A. (2017). Hoja de vida. Recuperado el 5 de julio de 2017, a partir de <https://goo.gl/6vL6iG>

Restrepo Henao, A., Duque Ramírez, L. F., & Gómez Montoya, M. (2012). Programa de prevención temprana de conductas de riesgo para la salud en preescolares y escolares. Medellín, 2009-2012: una posibilidad para la prevención temprana de las conductas de riesgo en Latinoamérica. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 405–415. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2012000400002>

Restrepo Zea, J. H., Echeverri López, E., Vásquez, J., & Rodríguez, S. (2003). Balance del régimen subsidiado de salud en antioquia. *Revista Gerencia y Políticas*

de *Salud*, 2(4). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=54520405>

Restrepo-Henao, A. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Revista Facultad Nacional de Salud Pública. (2017, junio). Revista Facultad Nacional de Salud Pública - Citas de Google Académico. Recuperado el 5 de julio de 2017, a partir de <https://scholar.google.es/citations?user=doXks4kAAAAJ&hl=es>

Rhenals, R., & Torres, A. (2003). El desempeño macroeconómico colombiano en el cuatrienio Pastrana. *Perfil de coyuntura económica*, (2), 37–63.

Ricoeur, P. (1999). *Historia y narratividad*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Ricoeur, P. (1999a). Para una teoría del discurso narrativo. En A. Gabilondo & P. Ricoeur, *Historia y narratividad* (pp. 83–155). Barcelona: Paidós e I.C.E de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ricoeur, P. (1999b). ¿Qué es un texto? En A. Gabilondo & P. Ricoeur, *Historia y narratividad* (pp. 59–81). Barcelona: Paidós e I.C.E de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ricoeur, P. (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Anàlisi: Quaderns de comunicació i cultura*, (25), 189–207.

Ricoeur, P. (2006). La vida: un relato en busca de narrador. *Àgora Papeles de Filosofía*, 25(2), 9–22.

Ricoeur, P. (2007). *Tiempo y narración I*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Rojas Arbeláez, C. A. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Rojas Arbeláez, C. A., Castro Arroyave, D. M., & Gómez Valencia, N. (2016). *Bia 'Buma: el VIH/SIDA en los Embera Chamí de Cristianía, Colombia* (Primera edición). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Romero-Beltrán, A. (1999). *Historia de la salud pública y la epidemiología en Colombia*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia - OPS/OMS.

Roncancio-Melgarejo, C. P., Buitrago-Medina, D. A., Posada-Zapata, I. C., & Grisales-Romero, H. (2015). Exposiciones rábicas en Colombia: evaluación del sistema de vigilancia desde los actores. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 377–387.

Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14(1), 32–38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>

Rosen, G. (2002). *De la policia medica a la medicina social. Ensayos sobre historia de la atencion a la salud*. México: Siglo XXI Editores Mexico.

Rosen, G. (2015a). *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Rosen, G. (2015b). VII. The Bacteriological Era and Aftermath. En *A History of*

Public Health. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Rostow, W. W. (1961). *Las Etapas del crecimiento económico: un manifiesto no comunista*. México: Fondo de Cultura Económica.

Rothman, K. (2002). *Epidemiology, an introduction*. New York: Oxford.

Rothman, K. J. (1976). Causes. *American Journal of Epidemiology*, 104(6), 587–592. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112335>

Rothman, K. J. (1987). *Epidemiología moderna*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rotker, S. (2005). *La invención de la crónica*. México: Fondo de Cultura Económica ; Fundación para un Nuevo Periodismo Iberoamericano.

Rueda, J. P. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).

Rueda, Z. V., López, L., Marín, D., Vélez, L. A., & Arbeláez, M. P. (2015). Sputum induction is a safe procedure to use in prisoners and MGIT is the best culture method to diagnose tuberculosis in prisons: a cohort study. *International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 33, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.01.004>

Rueda, Z. V., López, L., Vélez, L. A., Marín, D., Giraldo, M. R., Pulido, H., ... Arbeláez, M. P. (2013). High incidence of tuberculosis, low sensitivity of current diagnostic scheme and prolonged culture positivity in four colombian prisons. A cohort study. *PloS One*, 8(11), e80592. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080592>

Ruíz-Marín, L. A. (2015). *La medicina social de Héctor Abad Gómez 1944-1964* (Maestría en Historia). Universidad de Antioquia, Medellín. Recuperado a partir de <http://hdl.handle.net/10495/4304>

Sackett, D., Haynes, B., Guyatt, G., & Tugwell, P. (1991). *Clinical Epidemiology: A basic science for Clinical Medicine* (Second Edition). Boston: Little, Brown and Company.

Salazar, E., Buitrago, C., Molina, F., & Arango, C. (2015). Tendencia de la mortalidad por causas externas en mujeres gestantes o puérperas y su relación con factores socioeconómicos en Colombia, 1998-2010. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4–5), 225–231.

Saldarriaga, J. F. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Salomon, J.-J. (1974). *Ciencia y Política*. México: Siglo XXI.

Samaja, J. (1992). Epistemología y epidemiología. Presentado en II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Belo Horizonte: ABRASCO.

Samaja, J. (2004a). *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Samaja, J. (2004b). Primera parte: Introducción a la epistemología de las ciencias de la salud. En *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina* (pp. 25–44). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Samper Pizano, D. (2004). Prólogo. En *Antología de grandes crónicas colombianas Tomo II:1949-2004* (pp. 17–48). Bogotá: Aguilar.

Sandel, M. J. (2011). *Justicia ¿Hacemos lo que debemos?* Barcelona: Random House Mondadori.

Sandel, M. J. (2013). *Lo que el dinero no puede comprar: Los límites morales del mercado (eBook)*. Barcelona: Debate. Recuperado a partir de <https://play.google.com/books/reader?id=eNx6D6XVUgs4C&printsec=frontcover&pg=GBS.PP1>

Sanín, F. G. (2014). *El orangutan con sacoleva: cien años de democracia y represión en Colombia (1910-2010)*. Bogotá: Debate.

Santacruz, E. S., & Hincapié, D. (2016). Inmunidad poblacional para parotiditis. Medellín, 2009. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(4.1). Recuperado a partir de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/26568>

Santacruz-Sanmartín, E., Hincapié-Palacio, D., Ospina, M. C., Perez-Toro, O., Bernal-Restrepo, L. M., Buitrago-Giraldo, S., ... Díaz, F. J. (2015). Seroprevalence of mumps in an epidemic period in Medellín, Colombia. *Vaccine*, 33(42), 5606–5612. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.08.088>

Semana. (2002, julio 22). El cambio no fue ahora. SEMANA hace el balance del gobierno de Andrés Pastrana. [Semana]. Recuperado el 3 de julio de 2017, a partir de <http://www.semana.com/nacion/articulo/el-cambio-no-ahora/53238-3>

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Editorial Planeta.

Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659–666. <https://doi.org/10.1002/hec.762>

Sen, A. (2011). *La idea de la justicia*. Buenos Aires: Taurus.

Shapin, S. (1992). Discipline and bounding: The history and sociology of science as seen through the externalism-internalism debate. *History of science*, 30(90), 333–369.

Sigerist, H. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. *Salud colectiva*, 2(3), 269–279.

Sigerist, H. E. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI.

Sims, N. (1996). Prólogo. En *Los periodistas literarios o el arte del reportaje personal* (pp. 11–37). Bogotá: El Áncora Editores.

SP-Ext5. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

SP-Ext6. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Bogotá: (Inédita).

SP-UdeA2. (2015). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

- SP-UdeA5. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- SP-UdeA6. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- SP-UdeA8. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Susser, M. (1991). *Conceptos y Estrategias en Epidemiología: El Pensamiento Causal en las Ciencias de la Salud*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Susser, M., & Stein, Z. (2009a). *Eras in epidemiology : the evolution of ideas*. New York: Oxford University Press.
- Susser, M., & Stein, Z. (2009b). *Eras in epidemiology : the evolution of ideas*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Susser, M., & Susser, E. (1996a). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health, 86*(5), 668–673.
- Susser, M., & Susser, E. (1996b). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health, 86*(5), 674–677.
- Taubes, G. (1995). Epidemiology faces its limits. *Science (New York, N.Y.)*, 269(5221), 164–169.
- Taussig, M. (1978). Nutrition, development, and foreign aid: a case study of U.S.-directed health care in Colombian plantation zone. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation, 8*(1), 101–121. <https://doi.org/10.2190/LRWT-HCPM-8Q42-WoBA>
- Tedlock, B. (2005). Braiding narrative ethnography with memoir and creative nonfiction. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (pp. 331–340). SAGE.
- Téllez Pedroza, M. (2011). *Reconstrucción Histórica del Proceso del Proceso de Creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia* (Tesis Maestría en Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Recuperado a partir de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4138/>
- Terris, M. (1993a). Disminución del presupuesto y privatización, una amenaza para la salud. *Facultad Nacional de Salud Pública, 12*(2), 103–109.
- Terris, M. (1993b). Una perspectiva de la epidemiología. *Facultad Nacional de Salud Pública, 12*(2), 88–96.
- Torres Carrillo, A. (2014). *Hacer historia desde abajo y desde el sur*. Bogotá: Ediciones desde abajo.
- Torres de Galvis, Y. (1984). Nuevas orientaciones de la epidemiología. *Educación médica y salud, 18*(3), 238–259.
- Torres de Galvis, Y. (2017). Hoja de vida. Recuperado el 5 de julio de 2017, a partir de <http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvllac/visualizador/generarCurriculoCv.do?c>

od_rh=0000225908

Trichopoulos, D., Cole, P., Cook, E. F., Feinleib, M., Hoover, R., Hsieh, C.-C., ... Adami, H. O. (2008). Brian MacMahon (1923–2007): founder of modern epidemiology. *Cancer Causes & Control*, 19(4), 329–337. <https://doi.org/10.1007/s10552-008-9156-3>

Trouillot, M.-R. (2011). Tener sentido: los campos en los cuales trabajamos. En *Transformaciones globales. La antropología y el mundo moderno* (pp. 211–246). Popayán: Universidad del Cauca - CESO-Universidad de los Andes.

Trujillo, E. (1975). La función de una Escuela de Salud Pública. *Revista Escuela Nacional de Salud Pública*, 1(3), 7–8.

Turizo Callejas, A. (1993). Objeto de estudio de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2), 29–34.

UdeA Noticias. (2017, enero 18). “Las universidades públicas somos ineficientes en manejo de recursos”. Recuperado el 3 de julio de 2017, a partir de <https://goo.gl/cjaHQR>

Universidad de Antioquia. (1990). *Acuerdo Superior 153 de 1990. Sistema Universitario de Investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Universidad de Antioquia. (2015). Línea de tiempo. Recuperado el 12 de junio de 2017, a partir de <https://goo.gl/kJPj3p>

Universidad de Antioquia - Consejo Superior Universitario. (2001, noviembre). Acuerdo Superior 204 de 2001 Por el cual se sustituye el Acuerdo superior 153 de 1990 y Reglamenta la actividad de investigación en la Universidad de Antioquia. Recuperado el 18 de julio de 2011, a partir de <http://secretariageneral.udea.edu.co/doc/a0204-2001.html>

Universidad del Valle. (1957). *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia: desarrollo general y conclusiones de las secciones. Ponencias, discusiones y recomendaciones de la Comisión de Decanos. 6 al 10 de diciembre de 1955, Cali, Colombia*. Cali: Universidad del Valle.

Uribe de Hincapié, M. T. (1998). *Universidad de Antioquia: historia y presencia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Van Dijk, T. A. (2016). Estudios Críticos del Discurso: Un enfoque sociocognitivo. *Discurso & Sociedad*, 10(1), 137–162.

Vásquez Ochoa, L. E. (1993). Aproximación al objeto de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2). Recuperado a partir de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/25069>

Vega-Vargas, M., Eslava-Castañeda, J. C., Arrubla-Sánchez, D., & Hernández-Álvarez, M. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 58–84.

Vélez, L. (1974). Editorial. *Revista Escuela Nacional de Salud Pública*, 1(1), 7.

Vélez, M. (2016). *La salud en Colombia: Pasado, presente y futuro de un*

sistema en crisis (eBook). Colombia: Debate.

Venkatapuram, S. (2013). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. Malden: Polity Press.

Venkatapuram, S., & Marmot, M. (2009). Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health Research. *Bioethics*, 23(2), 79–89. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00714.x>

Vieira-da-Silva, L. M., & Almeida Filho, N. de. (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Recuperado a partir de <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/3559>

Villoro, J. (2005). Ornitórrincos. Notas sobre la crónica. En *Safari accidental* (pp. 9–19). México: Joaquín Mortíz.

Wahner, H. W., Cuello, G., Correa, P., Uribe, L. F., & Gaitan, E. (1966). Thyroid carcinoma in an endemic goiter area, Cali, Colombia. *The American Journal of Medicine*, 40(1), 58–66. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(66\)90187-2](https://doi.org/10.1016/0002-9343(66)90187-2)

Waitzkin, H. (2015). *Medicina y Salud Pública al final del Imperio*. Bogotá: Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia.

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), 217–228. <https://doi.org/10.1093/heapro/6.3.217>

Wolfe, T. (1976). El nuevo periodismo. En *El nuevo periodismo* (pp. 9–79). Barcelona: Anagrama.

Yepes, C. (2016). *Entrevista realizada por Samuel Arias*. Medellín: (Inédita).

Yepes Delgado, C. E., Pérez Dávila, S., Montoya Jaramillo, M., & Orrego Orozco, B. E. (2017). Stage progression and need for renal replacement therapy in a renal protection programme in Colombia. A cohort study. *Nefrología: Publicación Oficial De La Sociedad Española Nefrología*, 37(3), 330–337. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2016.11.023>

Yepes Delgado, C. E., Yepes Delgado, F. L., Vargas Betancourt, M. L., & Orrego Orozco, B. E. (2010). A qualitative study of patient's perceptions of a preventive renal programme in Colombia 2008. *Chronic Illness*, 6(4), 252–262. <https://doi.org/10.1177/1742395310375991>

Yule, J. (1949). Some aspects of epidemiology. *Public Health*, 63, 229–231. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(49\)81673-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(49)81673-8)

Zambrano, F. (1992). Anotaciones sobre el desarrollo de la epidemiología en Colombia en los últimos 20 años. *Boletín Epidemiológico de Antioquia*, 17(1), 82–84.