

Repensando la educación en salud pública. La salud colectiva como medio para alcanzar la soberanía en salud en América Latina

Héctor García Hernández

RESUMEN

La salud pública es la disciplina encargada de la solución de los problemas de salud de las poblaciones. Teniendo diversas áreas de trabajo como la formación de recursos humanos, la elaboración de políticas y programas en salud, la investigación, etc. Sin embargo, sus efectos en la resolución de problemas en salud han sido limitados, por un lado debido al agotamiento de sus conocimientos teóricos y prácticos, y por otro a que se circunscribe a un modelo económico y político que impide cambios estructurales y efectivos en las condiciones de vida de la población. Además, la salud pública ha restado soberanía a Latinoamérica al educar en universidades y a profesionales con conocimientos eurocéntricos y alinear la agenda pública de los países a compromisos internacionales que terminan por no ser efectivos.

Debido a ello surgió un nuevo campo epistemológico que pretende dar respuesta a estas limitantes. La medicina social / salud colectiva, además, busca dotar de soberanía a la región latina en temas de salud y alcanzar escenarios ideales en donde se respete la vida y se logren cambios que mejoren realmente la situación de salud de las poblaciones.

PALABRAS CLAVE: salud pública, medicina social, salud colectiva, educación en salud, soberanía sanitaria.

Rethinking public health education. Collective health as a means to achieve health sovereignty in Latin America

ABSTRACT

Public health is the discipline in charge of solving the health problems of populations. Having various areas of work such as the training of human resources, the development of health policies and programs, research, etc. However, its effects on the resolution of health problems have been limited, on the one hand due to the exhaustion of its theoretical and practical knowledge, and on the other because it is limited to an economic and political model that prevents structural and effective changes in the living

* Docente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México. Contacto: hector.garcia.hernandez@facmed.unam.mx

Fecha de recepción: 02 de marzo de 2021.

Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2021.

conditions of the population. In addition, public health has reduced sovereignty to Latin America by educating in universities and professionals with Eurocentric knowledge and aligning the public agenda of countries to international commitments that end up not being effective.

Due to this, a new epistemological field emerged that seeks to respond to these limitations. In addition, social medicine / collective health seek to provide sovereignty to the Latin region in health and reach ideal scenarios where the health of populations can be improve.

KEY WORDS: public health, social medicine, collective health, health education, sanitary sovereignty

Introducción

Los profesionales en salud pública tienen la responsabilidad de generar información, elaborar estrategias, apoyar en la educación de su área, servir como consultores en la elaboración de políticas, tomar decisiones teniendo en cuenta múltiples situaciones y contextos, entre otras tareas, con el fin de mejorar la salud de la población. Sin embargo, la salud pública –a pesar de ser la respuesta a diversos problemas contemporáneos de la salud y enfermedad– está limitada para cumplir con esos cometidos. Por un lado, gracias a la subordinación eurocéntrica en conocimientos teóricos y prácticos en los países latinos y, por otro, la falta de soberanía sanitaria consecuencia de esta subordinación. Además, la razón de ese límite se encuentra en el modelo económico y político en el cual se circunscribe la salud pública. Debido a ello ha surgido un nuevo campo de estudio para dar solución a estos problemas, es decir, la medicina social / salud colectiva.

El objetivo de este ensayo es revisar la trayectoria epistemológica de la salud pública, sus problemas y limitaciones para realizar sus objetivos, y analizar la medicina social como corriente epistémica para transformar la salud poblacional de Latinoamérica y dotarla de soberanía en salud. Comenza-

remos con la revisión de la adopción biologicista del paradigma positivista de la salud-enfermedad, posteriormente se revisarán los diversos cambios del mismo; después señalaremos el papel de la salud pública dentro de ese proceso, para avanzar a una sintética revisión del declive de la salud pública y culminar con la emergencia de la salud colectiva y su papel en la soberanía sanitaria de Latinoamérica.

Corriente positivista en salud

La educación científica en salud comenzó en países europeos a principios del siglo XIX y posteriormente se diseminó en Estados Unidos. Esta corriente se impulsó gracias a la Primera Revolución Industrial y se adoptó debido a cinco puntos (Menéndez, 2005):

- 1) El cambio político-económico. En esa época, el desarrollo acelerado del capitalismo propició que las clases trabajadoras demandaran servicios de salud.
- 2) La institucionalización de la salud. Este proceso fue debido a la industrialización, ya que las instituciones prestadoras de servicios de salud se formaron para la atención de la población trabajadora, pero con el tiempo

también se convirtieron en lugares donde se enseñaron e investigaron las disciplinas de la salud.

3) El informe *Medical Education in the United States and Canada* publicado en 1910, mejor conocido como Informe Flexner (IF). El IF termina por validar las bases científicas como pilares de las ciencias de la salud, específicamente de la medicina, que redefinieron a la enseñanza y la práctica médica a través de principios técnicos e hicieron una división marcada de lo individual y lo comunitario, lo biológico y social y lo curativo y preventivo. Bajo estas premisas se fundan las primeras escuelas de salud pública, impulsadas por inversiones de fundaciones privadas en Estados Unidos y posteriormente en América Latina (Filho y Paim, 1999).

4) Los conocimientos se volvieron más complejos, primero en su investigación y después en su enseñanza.

5) El dominio de la dimensión ideológica. Los avances científicos en salud y los servicios médicos institucionalizados se adjudicaron los logros en la disminución de la mortalidad y de la mejoría de las condiciones de vida de la población a inicios del siglo pasado. Sin embargo, gran parte de estos cambios fueron consecuencia de un mejor procesamiento, transporte y almacenamiento de alimentos, una mayor disponibilidad de agua potable, amplias medidas de saneamiento, etc.

La llegada de esta corriente positivista terminó por expandirse en la mayoría de las universidades de América y generó una dependencia dentro de las mismas a nivel funcional, político y admi-

nistrativo a ese paradigma (Filho y Paim, 1999). Debido a ello, a lo largo de las décadas pasadas, la formación de profesionistas en salud tuvo una visión biologicista con poca o nula formación en la parte social del proceso salud-enfermedad (Laurell, 1986). También, la formación en salud pública quedó bajo las mismas condiciones contextuales, subordinándola a las facultades de medicina y dejando a un lado el componente social.

La visión positivista tuvo ciertas modificaciones en la forma de entender el proceso salud-enfermedad, las cuales revisaremos con brevedad.

Paradigmas del proceso salud enfermedad

De manera general, a principios del siglo pasado la salud y la enfermedad se entendieron como procesos lineales, es decir, de causa y efecto. A este modelo se le denominó “dinámico”, y se enfocó en buscar la causalidad de las enfermedades. Primero de forma unicausal (apoyada por el descubrimiento de múltiples microorganismos) y posteriormente de manera multicausal (incluyendo a otros agentes, como el individuo y el medio externo) mediante la triada ecológica. Con la transición en salud, el modelo multicausal fue resultando insuficiente para dar entendimiento a este proceso. Ya que varios problemas de salud no “encajaban en el molde”, refiriéndonos a las enfermedades crónicas degenerativas y a los problemas en salud derivados de los cambios sociales (como el suicidio o la violencia) (González et al., 2010).

En el paradigma positivista de la causalidad, la causa y efecto se expresan en los principios de asociación de Bradford Hill (Villa, 2013), por ejemplo; la relación entre sedentarismo y obesidad y diabetes mellitus tipo 2, en donde el investigador busca factores de riesgo tanto de la persona

como del ambiente; para poder hacer estas relaciones se coloca a la persona teóricamente fuera de su ambiente social. Este enfoque es lineal y reduccionista ya que deja a un lado determinantes vitales para poder comprender el fenómeno de la salud y la enfermedad, por lo que se le define como unicultural, antropocéntrico y eurocéntrico (Breilh, 2013).

Ante este desafío se generaron enfoques más críticos, ya que entender la enfermedad simplemente como un fenómeno biológico del individuo no explicaba la producción social del proceso salud-enfermedad (Laurell, 1986).

Uno de los paradigmas más recientes es la epidemiología social, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es decir, el de los determinantes sociales de la salud (DSS). Sin embargo, la forma de manejar las variables a diferentes niveles (estructurales) y con diferentes actores no superó el causalismo, ya que a pesar de darle mayor relevancia a cuestiones de jerarquía y clase social –mediante la inclusión de conceptos como el sexo, el ingreso, la educación, la situación política, etc.–, su relación con las inequidades (Barragán, 2007), sus intenciones de mejorar las condiciones de vida y su lucha contra la pobreza y exclusión (Barreto, 2017), convertía las estructuras sociales en variables y no en categorías de análisis del movimiento histórico de acumulación. Con estas limitantes es imposible dar críticas a la forma de organización social de la sociedad de mercado y de sus consecuencias en la salud (Breilh, 2013; Laurell, 1986).

Los paradigmas que se encuentran dentro del análisis positivista únicamente alcanzan a apreciar ciertas partes o fragmentos de la realidad -a lo que se le llama el fenómeno del pico del iceberg- ya que no es suficiente el observar y medir fenóme-

nos sin tomar en consideración las variables sociales que determinan el hecho biológico (Breilh, 2013). Esto es debido a la gran influencia, durante el siglo XX, que la medicina ha tenido sobre la definición de los problemas de salud, y que acarrea dos grandes limitaciones, la primera: engloba el problema únicamente dentro de las ciencias naturales, y la segunda: lo desarticula de la totalidad social (Barreto, 2017; Laurell, 1986).

En la búsqueda de nuevos paradigmas para resolver esta limitante, surge el concepto de determinación social, siendo un enfoque más crítico de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. A esa corriente la podemos llamar Medicina Social o Salud Colectiva, su núcleo interpretativo es la unidad y diversidad social, ambiental y sanitaria que surge de la reproducción social y la necesidad de emancipación de ciertos grupos para la construcción de un nuevo modelo que proteja y promueva la vida (Breilh, 2013).

La salud pública

La salud pública (SP) es un campo con gran historia ya que sus nociones datan de los griegos, con publicaciones sobre el efecto del ambiente sobre el individuo y el control de enfermedades impulsado por acciones colectivas. Sin embargo, este campo sufrió un proceso de medicalización gradual debido a los avances científicos e industriales y fue reducido hasta ser considerado, en algún momento, como una “rama” de la medicina. A pesar de ello, se le han asignado ciertas tareas a realizar, llamadas Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que van desde el estudio de la situación de salud-enfermedad en las poblaciones hasta el desarrollo de sistemas de salud que combatan las desigualdades e inequidades en salud (González, 2010).

Su desarrollo en el último siglo ha sido contradictorio, ya que sus principios base no comulgan con las nociones del modelo económico capitalista, es decir, hay una lucha de individualismo contra comunidad, competencia contra reciprocidad y ganancia contra solidaridad (Santos, 2010). Las acciones de la SP durante este periodo de tiempo han tenido un énfasis en campañas verticales contra la erradicación de enfermedades infecciosas rurales, que muchas veces no han tenido el éxito esperado debido a su hincapié exagerado en las tecnologías médicas, la fragmentación de los sistemas de salud, la discontinuidad de las políticas sanitarias y la promoción de una SP como una respuesta temporal a las emergencias sanitarias. Ejemplo de ello son las campañas masivas de eliminación de la malaria y el paludismo mediante el empleo agresivo del DDT sin considerar las condiciones de vida-tanto educativas, como laborales-de la población receptora, que terminaron por ser contraproducentes para la sociedad, reflejándose en la contaminación ambiental, la intoxicación poblacional, el daño a insectos y animales de granja, la resistencia del vector a ese compuesto químico, entre otros (Cueto, 2015).

Es irrefutable que la SP ha tenido logros, que han variado en cada país, como las vacunas, la reducción de la mortalidad infantil y materna, la identificación de factores de riesgo para múltiples enfermedades, los avances en nutrición humana y manejo de alimentos, mayor seguridad automovilística y laboral, la planificación familiar, entre otros más (Evans, 2001). Sin embargo, al encontrarse en esa contradicción de valores promovida por el sistema económico dominante, dentro de la SP no se considera prioritario la resolución de los problemas sociales que generan la enfermedad ni la construcción de sistemas de salud integrales (Cueto, 2015).

Aunado a que, al seguir el paradigma positivista, la SP se vio limitada para explicar el proceso salud-enfermedad dentro de las sociedades y de poder transformarlo y lograr una mejoría en salud (Laurell, 1986).

Además, la SP contribuyó, en cierta medida, a que América Latina tuviera una limitada soberanía en salud, debido a que organismos financieros internacionales y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) financiaron programas de salud en algunos países -como Colombia, Brasil y Chile- y dictaron las estrategias internacionales a seguir. Algunas de estas estrategias fueron la iniciativa de la OMS de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT2000), la Atención Primaria de Salud (APS) o el Informe Lalonde sobre la promoción de la salud (Filho y Paim, 1999), que terminaron por influir en las universidades y los profesionistas de esta región.

Declive de la salud pública

Dentro de los graves problemas en salud a nivel mundial, están las desigualdades e inequidades. Las cuales están relacionadas con las diferencias en el desarrollo económico y social alcanzado por cada país; estas existen tanto dentro como entre ellos -la llamada desigualdad global- y definen las interacciones de los determinantes de la salud. Como se mencionó, una de las principales tareas de la SP es el combate a las desigualdades e inequidades en salud y también es uno de sus mayores fracasos. Esto se revela al revisar indicadores en salud como esperanza de vida -que puede ser tan dispar con un mínimo de 46 años en Sierra Leona y 84 años en Japón- o mortalidad -por ejemplo, en África subsahariana la mortalidad es 15 veces mayor que en países desarrollados- (Barreto, 2017).

Este fracaso se hace evidente, ya que una de las premisas de la SP era que el crecimiento económico y el desarrollo de una población llevaría inevitablemente a la mejoría de la salud de la sociedad. Lamentablemente esta aseveración resultó ser incorrecta principalmente en Latinoamérica, debido a que la salud de su población mostró un deterioro a pesar del crecimiento económico de la región en las últimas décadas. Esto se mostró desde los años 60s y se puede constatar en ciertos indicadores de salud, como la mortalidad, el acceso a los servicios de salud, la esperanza de vida, entre otros (Iriart et al., 2002; Laurell, 1986).

Además del poco avance o retroceso de los indicadores en salud, también se presentaron problemas estructurales en los sistemas de salud como el incremento en el gasto destinado a atender la enfermedad, la súper especialización en medicina, el crecimiento de la desigualdad en salud (Laurell, 1986), la tecnificación de la práctica médica y el desprestigio de las escuelas de salud pública llenas de abordajes individualizantes respecto a la salud (Filho y Paim, 1999). Ante este panorama, la salud pública buscó reformar su batería teórica y práctica para hacerle frente a estos problemas. Los nuevos paradigmas creados –por el ejemplo la Nueva Salud Pública de Julio Frenk– se vieron influenciados por muchas organizaciones internacionales como la OPS, el Banco Mundial o el Foro Monetario Internacional. Dentro de las soluciones propuestas estaban el enfoque preventivista (sin modificación de las condiciones sociales), una mejor gestión económica de la salud, mayor transparencia financiera, la mejora en la eficacia y eficiencia de los servicios, focalización de recursos a grupos sociales determinados, el uso conceptual de manejo de riesgos, entre otros más; por ello en la década de los 80s se priorizó dentro de los sistemas de salud las reformas encaminadas al desarrollo de sistemas de información, de

mejoría en la metodología de la epidemiología, nuevas formas de financiamiento en salud, investigaciones en avances tecnológicos, etc. Consecuencia de esas iniciativas, en las universidades de América Latina el único efecto educativo fue la implantación de departamentos académicos de medicina preventiva (Filho y Paim, 1999), dejando aún sujeta la SP al enfoque positivista de la medicina científica.

La crisis de la SP relatada se ve acelerada por el surgimiento del neoliberalismo e individualismo a finales del siglo XX, que reforzaron la percepción de que los acontecimientos sociales son responsabilidad de las personas que los sufren, eliminando su carácter colectivo y restando responsabilidad al Estado para su solución (Barreto, 2017). Esto provoca un retroceso en la lucha contra los problemas comunitarios de salud y genera malos resultados respecto a la mejoría social (Filho y Paim, 1999), agravada por la inequidad propiciada por dicho sistema económico.

Es evidente que la SP –al estar sujeta a un sistema económico individualizante y acumulador y a influencias externas y enfoques biomédicos– por más que busque renovarse le será imposible evidenciar los problemas de salud y, posteriormente, resolverlos.

Medicina social / Salud colectiva

Debido a que la salud pública –impulsada por corrientes neoliberales– no daba solución a los problemas de salud y carecía de conceptos, técnicas y prácticas para generar ese cambio, más las consecuencias negativas del capitalismo, surge en los años 70s un pensamiento crítico latinoamericano que se nutrió de la formación de grupos académicos dentro del campo de la salud, junto con los movimientos sociales de trabajadores, estu-

diantes y organizaciones sociales que no estaban de acuerdo con el modelo económico capitalista (Iriart et al., 2002; Filho y Paim, 1999). Este nuevo pensamiento se llamó Medicina Social (MS) o Salud Colectiva (SC), su objeto de estudio es la forma histórica del proceso biológico de la enfermedad y su manera de manifestarse en los diferentes grupos sociales (Laurell, 1986).

La MS/SC puede ser definida como un campo de conocimientos interdisciplinar que contempla actividades de investigación sobre el estado sanitario de la población, las políticas de salud, la relación entre los procesos de trabajo y enfermedades y daños, así como las intervenciones de grupos y clases sociales sobre la cuestión sanitaria. Igual que la SP, hace uso de varias ciencias como la estadística, la demografía, la clínica, la genética, las ciencias biomédicas, la administración, la gestión, etc. para lograr su cometido (Filho y Paim, 1999).

Es de resaltar que la OPS impulsó la MS/SC gracias al apoyo financiero brindado dentro del campo de investigación, la difusión de trabajos y la consolidación del primer posgrado en esa área, es decir, la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X) (Iriart et al., 2002).

Dentro de las diferencias que encontramos entre la SP y la MS/SC está su unidad de análisis, en la primera se encuentra la población y el conjunto de variables que la estratifican como la edad, el sexo, la ocupación, etc. Mientras que en la MS/SC se considera a la población y a las instituciones sociales, en donde sus características sobrepasan a las de los individuos que las componen, es decir, esas características individuales son estudiadas en los contextos sociales que las determinan. Además, la MS/SC emplea como concepto fun-

damental de su análisis a la clase social; mientras que la SP usa a las características demográficas como los ingresos, la educación o el trabajo para definir una clase social, la MS/SC la define como resultado de los procesos de producción económica (Iriart et al., 2002), y propone que la base de la desigualdad entre países y grupos sociales está en la inserción de estos en las formas de producción económica del sistema capitalista. De esa manera, da explicación a las formas de dominación y explotación que surgen de las clases de mayores ingresos a las de menores ingresos (Laurell, 1986). Tomando en cuenta esta visión es posible darles mayor entendimiento y solución a los problemas del proceso salud-enfermedad.

La MS/SC tiene ciertas características (Filho y Paim, 1999), la primera de ellas menciona la relación de la salud con la estructura de la sociedad a través de su sistema económico, político, ideológico e histórico. La segunda señala que las acciones de salud están influenciadas por los mismos grupos sociales. La tercera hace referencia al campo de acción de la MS, es decir, aquel construido en los límites del terreno biológico y social, que terminan por determinar al proceso salud-enfermedad; y la cuarta se enfoca en la forma en que este campo interdisciplinario genera su investigación y la información, es decir, viendo la realidad como un todo y no como sus partes –superando el problema del pico del iceberg–.

Por otro lado, la MS/SC alimentó y animó la construcción de la epidemiología crítica latinoamericana, que rompía con el paradigma base de la SP –es decir, la epidemiología clásica positivista que basaba su análisis en las variables de tiempo, lugar y persona– y se enfocó en la noción de determinación social de la salud, la cual se ve reforzada por el análisis que hace desde la matriz de triple inequidad: clase, género y etnia (Breilh,

2013). Recordemos que las limitantes de los modelos de la SP son la dicotomización de la salud y enfermedad, el no considerar la influencia que tienen las condiciones sociales en ese proceso (Iriart et al., 2002), además de que hacen invisibles las relaciones de determinación generadas por el sistema económico capitalista, la inequidad generada por este y la destrucción de la naturaleza (Breilh, 2013).

Este nuevo paradigma de la MS/SC, junto con la epidemiología crítica, busca apoyar los esfuerzos de los pueblos oprimidos y explotados para desmontar el sistema acumulativo, excluyente y destructor actual; y a la par transformar a la sociedad mejorando su salud y dando emancipación a Latinoamérica sobre las formas de pensamiento eurocéntricas y dominantes que rigen en la región, para que pueda alcanzar sustentabilidad, soberanía, solidaridad y salud integral (Breilh, 2013).

Los desafíos actuales de la MS/SC se encuentran en la ganancia de espacios para la formación de profesionales, la renovación constante de sus conceptos y teorías, el reconocimiento internacional fuera del margen de la SP y la difusión de sus trabajos (Iriart et al., 2002; Filho y Paim, 1999).

La salud colectiva y la soberanía en América Latina

Como ya se mencionó, el surgimiento de la MS/SC se dio por la incapacidad de la teoría y práctica de la SP para resolver problemas en salud de Latinoamérica, junto con la opresión generada por el sistema económico dominante hacia los pueblos y minorías latinas; además de la dependencia paradigmática a la corriente positivista eurocéntrica.

La MS/SC forma parte de una lucha social que busca una mayor inclusión de la población en te-

mas de salud. No se debe de olvidar que esta lucha también es una lucha de descolonización, ya que por centenares de años la región latina ha sido campo de dominio por potencias externas que la han explotado e incluso han generado un control ideológico dentro de las élites internas de cada país. Este control termina por reproducir dentro de los países latinoamericanos las estrategias y políticas de países dominantes, las cuales no reconocen la diversidad y pretenden ser un “modelo único” sin dar respuesta a los desafíos propios de cada nación (Santos, 2010).

En salud, esto se refleja en lo comentado previamente sobre el control ejercido en la SP por parte de organismos internacionales financieros y normativos. Es por ello que urge la independización de las escuelas salubristas, junto con su transformación organizativa –temática, departamental, evaluativa, etc.–, considerando su desvinculación de las Facultades de Medicina (Filho y Paim, 1999) y del paradigma positivista radical.

Debido a ello, la MS/SC es posiblemente parte de la respuesta a este proceso de independencia. Ya que dentro de su análisis toma en cuenta la clase social y las dominaciones que surgen de ella (la triple inequidad) y busca la equidad mediante el reconocimiento de la diferencia, lo cual es necesario para el combate de la colonización y el capitalismo (Santos, 2010) y la ganancia de soberanía en salud.

Es de resaltar que tomar distancia del conocimiento eurocentrista no significa despreciarlo, se refiere a tomar de él lo que nos sirva para construir nuestro propio conocimiento, proveniente del Sur y con capacidad de resolver problemas del Sur y no del Norte. Por ello, la MS/SC busca ser el paradigma dominante en Latinoamérica que muestre el camino para lograrlo.

Este proceso forma parte de la Salud Internacional Sur-Sur y cuenta con cinco principios: la soberanía sanitaria, las decolonialidad, la interculturalidad, una corriente Sur-Sur y la horizontalidad; que tiene como fin dotar epistemológicamente a Latinoamérica de una identidad propia, donde exista el reconocimiento del Otro y se logre una verdadera capacidad de decisión en el contexto internacional en cuanto a salud y, a la par, contrarrestar la lógica hegemónica de la SP convencional, que permita a la región la capacidad de formular políticas, metas y estrategias basadas en nuestros propios actores y decisiones (Basile, 2018). Siendo la MS/SC un medio para lograr este propósito.

Conclusiones

En vista de lo revisado, es importante repensar la educación en salud pública en América Latina. La evidencia señala que este campo no es suficiente para dar soluciones certeras a los problemas de salud y está atado de manos a un modelo económico acumulativo que no le permite realizar cambios profundos que tengan un impacto real en cuestiones de salud.

La MS/SC emerge como medio para estudiar las diversas situaciones poblacionales, proponer respuestas y alcanzar escenarios ideales de pro-

tección de la vida. Además, gracias a su origen radicado en movimientos sociales y académicos, puede promover la lucha anticolonial en salud y lograr la soberanía sanitaria en América Latina.

Por lo tanto, es importante replantear los planes de estudio dentro de las universidades latinoamericanas en cuanto a la formación en salud pública, para dotarlas de un enfoque más crítico y con mayor alcance en la solución de problemas, ya que son problemas del Sur que requieren soluciones del Sur.

Las recomendaciones del autor para abordar el planteamiento presentado van dirigidas al análisis de los planes de estudios de las universidades de salud pública / medicina en América Latina. Con el fin de encontrar sus ejes temáticos, sus implicaciones teóricas, sus líneas de trabajo, la naturaleza de sus proyectos, etc.; y complementar este análisis investigando las posibles influencias externas sobre la formulación de los programas académicos, es decir, ver fuentes de financiamiento, el tipo de formación de sus líderes, su afiliación a organismos o instituciones, entre otros más. Y explorar la posibilidad de realizar cambios organizacionales dentro de ellas.

Referencias

- Barragán, H. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Argentina: La Universidad Nacional de La Plata, 184-186.
- Barreto, M. (2017). “Desigualdades em Saúde: Uma perspectiva global”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 22, Núm.7: 2097-2108.
- Basile, G. (2018). *La salud internacional Sur Sur: hacia un giro decolonial y epistemológico*. República Dominicana: De la Comarca FLACSO CLACSO, 32.
- Breilh, J. (2013). “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31(supl 1): S13-S27.

- Cueto, M. (2015). “La «cultura de la sobrevivencia» y la salud pública internacional en América Latina: La Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 22, Núm. 1: 255-273.
- Evans, R. (2001). “Diez Logros Sanitarios más Importantes en el Siglo Veinte”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 24, Núm. 1: 20-27.
- Filho, N. y Paim, J. (1999). “La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica”, *Cuadernos médico sociales*, vol. 75, Núm. 26: 5-30.
- González, R.; Moreno, L. y Castro, J. (2010). *La Salud Pública y el Trabajo en Comunidad*. México: Mc Graw Hill, 13-28.
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 12, Núm. 2: 128-136.
- Laurell, A. (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”, *Cuadernos médico sociales*, vol. 37, Núm. 1: 1-10.
- Menéndez, E. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud Colectiva*, vol. 1, Núm. 1: 9-32.
- Santos, B. de S. (2010). *Descolonizar el saber; reinventar el poder*. Uruguay: Extensión, Universidad de la República, 11-27.
- Villa, A.; Moreno, L. y García, G. (2013). *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. México: Mc Graw Hill, 28-29.