



## La salud colectiva para el análisis del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte

**Casas Patiño, Donovan<sup>1</sup>**

Correo: capo730211@yahoo.es

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3129-9418>

**Rodríguez Torres, Alejandra<sup>2</sup>**

Correo: aledefra2013@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2582-0625>

**Quintana, Juan Vicente<sup>3</sup>**

Correo: cachilapo75@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8577-3261>

**Véliz, Alex<sup>4</sup>**

Correo: alex.veliz@ulagos.cl

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1371-9041>

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15548952>

### Resumen

La Salud Colectiva es una disciplina en constante desarrollo y discusión desde diferentes perspectivas teóricas-metodológicas-prácticas con el propósito de contribuir al debate de la garantía de la salud como derecho irrenunciable de las personas. Su discurso contrahegemónico ha sido un aporte invaluable de los países de Latinoamérica desde donde se sigue perfeccionando y ganando cada vez más terreno en la comprensión de la salud como un proceso complejo, turbulento, multidimensional en el cual confluyen de manera entrelazada, simultánea e inseparable las diversas dimensiones en la que transcurre la vida. Desde esta

<sup>1</sup> Dr. en Ciencias de Salud Colectiva. Universidad Autónoma del Estado de México. RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC).

<sup>2</sup> Dra. en Ciencias de Salud Colectiva. Universidad Autónoma del Estado de México. RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC).

<sup>3</sup> Dr. en Ciencias Gerenciales. PD. Internacional en Salud Colectiva. Universidad de Ciencias de la Salud Venezuela. RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC).

<sup>4</sup> Dr. en Psicología. Universidad de los Lagos, Chile. RED Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural (REDSACSIC).

perspectiva, resulta apremiante hacer un recorrido por sus orígenes, desarrollo, contribuciones de los y las actoras a la salud, ejes conceptuales y cómo concibe el proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte, para inquietarnos, proponer y hacer posibles mejores formas de vivir.

**Palabras Clave:** salud colectiva, salud, enfermedad, atención, cuidado, vida, muerte.

*Collective health for the analysis of the  
health/illness/care/life/death/process*

**Abstract**

Collective Health (CH) is a discipline in constant development and discussion from various theoretical-methodological-practical perspectives, aimed at contributing to the debate on guaranteeing health as an inalienable human right. Its counter-hegemonic discourse has been an invaluable contribution from Latin American countries, where it continues to evolve and gain ground in the understanding of health as a complex, turbulent, and multidimensional process, in which the various dimensions of life intertwine, coexist, and are inseparable. From this perspective, it is crucial to trace its origins, development, contributions from health actors, conceptual frameworks, and how it conceives the health/disease/attention/care/life/death process in order to provoke reflection, propose, and make possible better ways of living.

**Keywords:** collective health, health, illness, attention, care, life, death.

**Introducción**

La Salud Colectiva (SC) surge como una disciplina compleja, a través de grandes debates en Latinoamérica en los años sesenta centrados en la redefinición del proceso salud-enfermedad, desde una mirada de las ciencias sociales y humanas, como posición crítica al discurso biomédico, higienista, preventivista y

multicausal de la salud pública imperante (Camargo et al., 2010; Casas et al., 2013) circunscribiéndose como una disciplina decolonial.

La SC cuestiona cómo se concibe la salud poblacional desde una perspectiva médico-social, rebasando límites de los modelos epidemiológicos en su forma de interpretar y atender los problemas de salud poblacionales y su alta complejidad, por lo cual, busca alternativas para su transformación estructural y producción, a través de la determinación social.

Al reconocer que el proceso salud-enfermedad de los pueblos se origina desde su organización social y el proceso sociohistórico, la perspectiva de la determinación de la SC profundiza en la comprensión de la propia vida de las colectividades, que determinan su nivel de salud y esto da pauta a que el quehacer socio sanitario de las instituciones públicas replanteen los modelos de atención y cuidado, para la mejora de la vida y su seguimiento hasta la muerte, en las mejores condiciones.

Aunque esta forma caleidoscópica de ver la salud de los colectivos se ha desarrollado en buena medida en el ámbito académico-universitario-investigativo, su materialización hacia la práctica en los territorios se constituye en todo un reto, dado que las políticas neoliberales y la concepción epidemiológica tradicional insisten en abordar las problemáticas de salud desde los determinantes sociales desde una taxonomía meramente descriptiva sin transformarla de fondo ni de forma.

Por tanto, es imperativo dar voz a las personas desde sus territorios para que, junto con los diversos sectores, se agencie una verdadera SC, la cual invita a

establecer un diálogo respetuoso con las comunidades, para pasar de las soluciones diseñadas por los gobiernos a las co-creadas por los implicados desde su realidad.

Dado lo anterior, este texto invita a llevar a cabo un recorrido por el origen y desarrollo de la SC, con una compilación de las ideas de los autores más destacados y sus principales conceptos; asimismo, una mirada al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte, con el propósito de construir un sustento teórico en el que se cimientan las acciones enfocadas hacia la promoción y mantenimiento de la salud desde un relación armónica entre los colectivos, las dinámicas sociopolíticas y la naturaleza como parte de un todo complejo e indivisible.

## **1. Origen y desarrollo de la Salud Colectiva**

La SC tiene dentro de su conformación a un nutrido grupo de pensadores y activistas sociales, que han dado forma al carácter teórico-analítico-reflexivo de esta disciplina (Osorio, Tecu y Azevedo, 2024) y convergen en el corpus epistémico disciplinar de esta SC contemporánea, desde teorías epidemiológicas clásicas con enfoque en medicina social, sociología médica y de la salud pública contrahegemónica, así como apuntes político-filosóficos pasando por la gerencia en salud, agregando la interculturalidad, el género, la decolonización y el territorio.

Como resumen de la tabla 1, el desarrollo de la SC está enraizada en el enfoque de la determinación social de la salud y de la vida; en el contexto e identidad históricos relacionados con la estructura social desde la Colonialidad (patrones de poder) y el Colonialismo (por formas de dominación persistentes), que se expresan en desigualdades, racismo, violencia e inequidad social; sumados

a la diversidad cultural e ideológica de “Nuestra América”. Además, vale la pena recalcar que las enfermedades no dependen solo de factores biológicos, sino de las condiciones sociales y de vida (individual y colectiva) y, claramente se necesita involucrar a los actores (co-construcción de las intervenciones) (Gómez, 2012), para poder generar acciones o políticas de salud de transformación verdadera.

**Tabla 1.** Desarrollo cronológico de la Salud Colectiva

<b>Intelectual</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Teoría o línea de generación del conocimiento</b>
Jaime Breilh	1977	Ecuador	La determinación social de la salud en la epidemiología. Categoría que desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir, de enfermar y morir (Breilh, 1977).
Carlos Guzmán Böckler	1977	Guatemala	Colonialidad y revolución; identidad histórica y la memoria colectiva en la vida social. Cosmovisión maya, comprensión de la diversidad étnica: exclusión, discriminación y la explotación de las víctimas indígenas en Guatemala. “Hundir las raíces en el pasado y entender por qué hemos llegado hasta acá” (Guzmán, 1977; Alvarado y Méndez, 2017).
Eduardo Menéndez	1976	Argentino	Destaca su perspectiva a la hora de abordar la complejidad de los procesos salud-enfermedad-atención y prevención y la dialéctica propuesta de prácticas y representaciones. Análisis de las formas de vida y sobrevivencia de los sujetos y la tensión analítica con sus anhelos militantes de transformación social (Scaglia, Margulies y Menéndez, 2022).

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
Giovanni Berlinguer	1978	Italia	Patología de las metrópolis y bioética (Escudero, 1994). Expone los problemas médicos y sociales del progreso técnico y los daños a la salud ocasionados por el incremento de la industrialización. La salud de los trabajadores es un proceso determinado no solamente por las condiciones laborales, sino también por las condiciones de vida (Luna-García, 2015).
María Cecilia Donnangelo Ferro	1979	Brasil	Perspectiva sociológica crítica en el campo de la salud. Relación entre lo social, la medicina y los problemas sociales en salud (Schraiber y Mota, 2015). Esta autora denunciaba la inequidad social y la hegemonía cultural en la salud resaltando la urgencia de una acción contrahegemónica como desafío prioritario de la salud colectiva. Cuestionó frontalmente al sistema de salud farmo-bio-médico capitalista y la tecnología como un mecanismo para controlar a los trabajadores y el espionaje social (Breilh, 2014).
Juan César García	1980	Argentina	Perspectiva de análisis que relaciona el contexto histórico, social, económico y político latinoamericano dentro del enfoque materialista histórico. Vincula la medicina con la estructura social y su influencia en la producción y distribución de la enfermedad. Construcción del pensamiento social en salud. (Duarte-Nunez, 2013).
Asa Cristina Laurell	1982	México	Determinación del proceso de salud-enfermedad, considerando su carácter histórico, social y colectivo. La salud-enfermedad es un proceso social y

<b>Intelectual</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Teoría o línea de generación del conocimiento</b>
			articulado a la economía, política e ideologías de la sociedad (Laurell, 1992)
Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves	1987	Brasil	Teoría del proceso de trabajo, en la que establece, al mismo tiempo, lo que es un “objeto” de la naturaleza y un objeto “antinatural” y, por lo tanto, “humanizado” (Almeida-Filho, 2022).
José Blanco Gil	1989	México	Reproducción social en las condiciones de vida y salud en el ámbito urbano (Blanco, Sáenz y López, 1989). Los procesos sociales y su determinación influyen en la complejidad de los procesos salud-enfermedad de la comunidad.
Mario Testa	1989	Argentina	Planificación como un acto objetivo que intenta alcanzar un determinado objetivo e indica que no es otra cosa, más que un hecho político, cuya selección de variables para explicar la realidad, representa la interpretación de la persona que planifica sobre el proceso de organización social (Testa, 2020).
Kimberlé Crenshaw	1989	Estados Unidos	Teoría Crítica de la raza y feminismo negro, Teoría de la interseccionalidad para enmarcar interacciones de la raza y el género en la violencia de las mujeres, lo cual se entrelaza con la clase social, que afectan las experiencias y calidad de vida de las mujeres negras, en lo profesional y legal (Crenshaw, 1991). Un análisis interseccional particularizado es siempre un trabajo en progreso, que funciona como una condición de posibilidad para que los agentes se muevan interseccionalidad con otros contextos sociales y formaciones grupales (Carbado et al., 2013).

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
Carlos Matus	1992	Chile	La necesidad de crear un nuevo tipo de ciencias: las ciencias y técnicas de gobierno, pensando así a la planificación, no como un instrumento de debate intelectual sino como un poderoso medio para gobernar (Matus, 2007).
Edgar C. Jarillo Soto	1992	México	Análisis sociocrítico de la formación de recursos humanos en salud (Jarillo, 1992). Afirma que las instituciones de salud, deben orientar su práctica social hacia la articulación de las necesidades propias de su existencia como organización compleja, con las especificidades de las profesiones de la salud en consonancia con las necesidades de la comunidad. Reflexiona sobre los atributos técnicos, sociales y culturales de la profesión médica, que se añaden a los propios de la institución donde ésta ocurre, y de las circunstancias históricas (Jarillo, Casas y Contreras, 2017).
Juan Samaja	1994	Argentino	Epistemología de la salud, reproducción en las redes sociales, subjetividad y transdisciplinar, el ser humano como proceso formativo, las estructuras jerárquicas, la historia y la repetición, relación entre reproducción social y salud (Samaja, 2004). Método histórico-dialéctico (Duarte, 2007).
Pedro Luis Castellanos	1997	Venezuela	La reproducción social humana significa tanto la satisfacción de las necesidades biológicas como de las asociadas a sus relaciones ecológicas, políticas y económicas -mediadas por el proceso de producción y trabajo-, así como en las

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
			formas de conciencia y conducta (Medeiros, 2022).
Jaime Ibacache Burgos	2001	Chile	Lidera un grupo de profesionales y agentes culturales de la isla de Chiloé en el Sur de Chile, desde donde instala una mirada de la Salud Colectiva “como un enfoque metodológico que ha generado evidencias narrativas de profundo sentipensar acerca de los conceptos y experiencias de salud-enfermedad-atención-cuidados en contextos pluriculturales” (Ibacache et al., 2001).
José Ricardo Ayres	2002	Brasil	Rescata la dignidad de otros tipos de sabiduría en la construcción de las verdades útiles para la construcción de la salud (Ayres, 2002). Explica que las prácticas de salud en Brasil y América Latina, se han moldeado con la preocupación de profesionales, activistas, investigadoras/es y funcionarias/os en resolver las necesidades de salud en los contextos cada vez más complejos.
Edmundo Granda	2004	Ecuador	Ver más allá de la salud pública convencional es una profunda vocación por un quehacer humano comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia socio-política, en las palabras de Testa); es un intento de construirnos como sujetos salubristas en función a respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento por crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, es el empeño porque nuestras

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
			instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. (Granda, 2004).
Nestor García Canclini	2004	Argentina	La salud colectiva se desarrolla y se implementa de diversas formas, tomando como base la realidad, donde los saberes científicos y las innovaciones tecnológicas están desigualmente repartidos entre países ricos y pobres, entre niveles educativos y edades, sumando la problemática de la diversidad cultural, por lo que todo grupo humano ha dispuesto de un conjunto de saberes apropiados a su contexto y sus desafíos históricos para contribuir a la salud colectiva (García, 2004).
Saúl Franco Agudelo	2005	Colombia	Desde un análisis profundo de salud social en Colombia, hace un despliegue de su opinión experta e investigación sobre las realidades del fenómeno de la violencia en Colombia caracterizada por el desplazamiento forzado, falsos positivos, secuestros, desapariciones, actos terroristas, pobreza, hambrunas, inequidad urbano-rural, amenazas a la naturaleza, las violencias contra las mujeres, situación carcelaria, asesinatos de líderes sociales. A través de su discurso, invita a transitar por una visión amplia y comprensiva de la salud desde un paradigma crítico en el que la inequidad social es el sustrato de las injusticias, enfermedades y sufrimientos de los colectivos humanos y naturales. Por ello, promociona el buen vivir de las culturas ancestrales andinas como estrategia para la construcción de

<b>Intelectual</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Teoría o línea de generación del conocimiento</b>
			sociedades más armónicas, equitativas y en paz (Franco, 2017).
Georges Canguilhem	2005	Francia	La salud es la vida en la discreción de las relaciones sociales, no solo el silencio de los órganos (Canguilhem, 2004). La salud es una norma de vida superior que corresponde a la capacidad de superar la enfermedad y los cambios del medio, creando sus propias normas. Se vincula al medio en cuanto a la capacidad individual y colectiva, para transformarlo (Brito, 2017).
Naomar Almeida-Filho	2006	Brasil	Sugiere una nueva ciencia haciendo uso de categorías epistemológicas propias (como la categoría de la complejidad), nuevos modelos teóricos (como la "teoría del caos") y nuevas formas lógicas de análisis (como los modelos matemáticos no lineales, la geometría fractal, la lógica borrosa y la teoría de redes) (Almeida-Filho, 2006)
Jairnilson Silva Paim	2006	Brasil	Incorpora las necesidades sociales de salud de los grupos sociales como objeto de la Salud colectiva, no solo los problemas de salud. Destaca tres dimensiones en la Salud colectiva: dimensión epidemiológica y social; dimensión organizacional y gerencial; dimensión ética (Paim, 2006).
Olivia López Arellano	2006	México	Aproximación crítica al contexto sanitario y su relación con el modo de producción capitalista (Correia, Mendes y Carnut, 2023).
Aníbal Quijano	2007	Perú	Colonialidad de poder y Colonialidad del conocimiento (orden geopolítico del conocimiento); modernidad/racionalidad que puede existir sin colonialidad. Trabajando de forma global y colectiva para

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
			descolonizar la matriz colonial del poder para poner fin a los castillos de arena erigidos por la modernidad y sus derivados (Quijano, 2007).
Paulo César Alves	2010	Brasil	Superdeterminación de la teoría de la historicidad (posición central en la comprensión de la acción humana), sociología contemporánea; reconciliación y nuevas alianzas entre las ciencias naturales, las ciencias humanas y la filosofía (Alves, 2010).
Roberto Esposito	2012	Italia	Desarrolla una teoría del sujeto y la comunidad, la idea de comunidad porta en sí una significación política (Esposito, 2018).
Oscar Feo	2012	Venezuela, República Bolivariana	Discute el <b>pensamiento hegemónico en salud</b> frente al <b>pensamiento contrahegemónico</b> de la <b>Medicina Social y la Salud Colectiva</b> . La teoría se centra en la crítica al enfoque positivista y mercantil de la salud, donde la salud es vista como una mercancía, en oposición al concepto de salud como derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el Estado (Feo, Feo y Jiménez, 2012).
Rubén Darío Gómez Arias	2012	Colombia	Analiza las <b>políticas públicas</b> como dispositivos de control social y un espacio colectivo de poder, mediante el cual se debiera visualizar, movilizar, hacer construcción social mediante el involucramiento de los grupos en la defensa de intereses comunes de los actores en materia de salud. La política es filtrada por la cultura, la ideología, la tradición y la educación, las cuales conducen a los verdaderos y profundos cambios de comportamiento en los modos de vida en beneficio del buen

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
			<p>vivir. Así, mediante las políticas públicas, se analizan y explican los problemas de salud desde las determinaciones sociales, no desde los expertos, sino desde el consenso, de tal forma que los involucrados participen desde el principio en la co-construcción de las intervenciones (Gómez, 2012). “Las formas como los grupos humanos experimentan e interpretan la vida, la salud y la enfermedad, no son solamente el resultado de condiciones biológicas, sino también la materialización de interacciones sociales complejas mediante las cuales las personas y los grupos se influyen mutuamente” (Gómez-Arias, 2018).</p>
Hugo Spinelli	2015	Argentina	<p>Plantea entre sus múltiples aportes a la salud Colectivas el pensar lo social, buscando pasar desde propuestas teóricas a pasar a dinámicas marcadas por el juego, el devenir y la incertidumbre que son propias de lo social. Propone una serie de trabajos que potencian el desarrollo de la Salud Colectiva en su país, Desde el Instituto de Salud Colectiva, de la Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, Argentina (Spinelli, 2015).</p>
Pedro Villasana	2019	República Bolivariana de Venezuela	<p>Aborda una teoría sobre la <b>crisis del sistema de salud en Venezuela</b> debido a problemas estructurales y a las condiciones económicas y políticas. Analiza la fragmentación y segmentación de servicios, aspectos acentuados por las reformas neoliberales de los años ochenta y noventa, así como los efectos de las sanciones económicas y la devaluación, que impactan el acceso</p>

Intelectual	Año	País	Teoría o línea de generación del conocimiento
			universal y la cobertura en salud (Villasana y Caraballo 2019).
Hugo Mercer	2020	Argentina	Contexto social para la Estrategia de promoción de la salud en países de las Américas, en pro de la calidad de vida y justicia social; menciona la responsabilidad educativa de las instituciones académicas, la construcción de conocimiento crítico y la movilización social (Mercer, 2020).
Alicia Stolkiner	2022	Argentina	Si el pensamiento médico social y de Salud Colectiva latinoamericano no hubiera existido, tendríamos que haberlo creado para la pandemia de COVID 19 (Stolkiner. 2022).

**Fuente:** Elaborado por los autores (2025).

Como un movimiento, la SC es una “construcción de una perspectiva renovada de las ciencias de la salud”. Desde los años 70 ha aportado conocimiento con estudios académicos centrados en cambiar paradigmas, se ha apoyado en enfoques de la salud relacionados con corrientes de pensamiento social como el feminismo la influencia de la crítica filosófica y cultural de movimientos populares y pueblos indígenas (Breilh, 2023). De 1977 a 2019 se dio un desarrollo contemporáneo de la medicina social en Latinoamérica, y para comprender dicho hecho histórico desde la epistemología crítica es importante recorrer los aportes de intelectuales, sus teorías o líneas de pensamiento; además, diferenciar la salud pública de la salud individual y la SC, de la cual a continuación se revisan los ejes conceptuales, centrados en procesos socialmente determinados.

## 2. Ejes conceptuales de la Salud Colectiva

La salud colectiva explora la salud, no solo como un estado físico o mental, sino como un proceso profundamente arraigado en las estructuras sociales y ecológicas, que nos permite entender cómo las condiciones de vida, el trabajo, la cultura, la historia, las relaciones de poder y los entornos naturales interactúan para generar condiciones de salud y enfermedad en las poblaciones (Morales, 2016).

El análisis del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte ha evolucionado considerablemente, impulsado por la necesidad de comprender los factores que determinan la salud de manera integral y multidimensional. La epidemiología crítica juega un papel fundamental, pues permite examinar estos fenómenos más allá de la biología individual, abriendo una ventana hacia una comprensión amplia y holística de los “factores” sociales, económicos, políticos y ecológicos que impactan en la salud. Al integrar las categorías de la epidemiología crítica determinación social de la salud, reproducción social, inequidades en salud, autonomía relativa y la subsunción y el metabolismo sociedad-naturaleza se proporciona una herramienta poderosa para la salud colectiva, puesto que busca identificar las desigualdades estructurales que afectan a las comunidades.

### 2.1. Determinación social de la salud

Mientras que los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen — afectando su salud de manera individual y colectiva—, la determinación social de la salud es un concepto más amplio y estructural que examina cómo las fuerzas

sociales, económicas y políticas a gran escala influyen en la salud y la vida de las personas. Explica la influencia desde tres dimensiones de la reproducción social: La dimensión “general” que corresponde a la lógica de acumulación, la dimensión “particular” que articula las relaciones de poder de clase, etnia y género, las cuales condicionan modos de vivir, y la dimensión “individual” a la que pertenecen los individuos y familias con sus estilos personales de vida y cotidianidad (Breilh, 2023).

La determinación social de la salud subraya que las desigualdades en salud no son accidentales, sino el resultado de decisiones políticas y económicas que perpetúan condiciones de vida desfavorables para amplios sectores de la población. Estas desigualdades son un reflejo directo de las estructuras de poder que perpetúan la exclusión y la marginación, haciendo de la equidad un componente esencial para las políticas públicas de salud (Breilh, 2023).

Técnicamente, las políticas públicas son sistemas complejos de decisión, que representan dispositivos de control ideológico, jurídico y administrativo, con el fin regular un tema particular de interés público; su validez, confiabilidad y vigencia deben estar cimentados en patrones culturales y éticos del país. El diseño de una política requiere un proceso complejo de interacción social, dirigido a controlar los recursos de interés común (abogacía); un punto neutral de legitimidad y firmeza de principios (mediación); finalmente, la presión en un área de la vida social o la influencia a gobernantes, personas e instituciones con poder de decisión (cabildo); el riesgo o el éxito de la política depende de la claridad de los objetivos y consistencia de las acciones, ya que las estrategias desarrolladas son el núcleo de la política (Gómez-Arias, 2014).

En este sentido, los enfoques de planificación de las acciones en salud en distintos países pueden ser tradicionales (conservadores), complejos (holísticos), de planificación estratégica, de gestión de proyectos o por soporte burocrático. Para garantizar que se cumplan las políticas en salud, algunos países han privatizado los servicios, lo que ha fortalecido los seguros médicos, encarecido medicamentos e insumos médicos, lo que aumentó el gasto de bolsillo, costos y barreras de acceso. La noción de salud va desde concepciones mítico-religiosas, luego biologicistas y las enfermedades (de manera individual); y posteriormente los movimientos sociales del siglo XX cambian la salud a una noción de carácter público, no como un dato estadístico, sino como un proceso históricamente determinado (Gómez-Arias, 2014).

## **2.2. La reproducción social**

Se refiere a los procesos sociales que garantizan la continuidad de las condiciones y modos de vida y trabajo de las personas. Esto no solo implica la reproducción de la fuerza laboral, sino una visión más amplia que aborda cómo las estructuras sociales influyen en las condiciones de vida de las comunidades. En este sentido, se vuelve imprescindible reconocer que la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que depende directamente de las relaciones sociales, el acceso a recursos y la posibilidad de vivir en condiciones dignas. Por tanto, la salud colectiva debe concebirse como un proceso integrado que no solo involucra la atención médica, sino también una intervención en las estructuras sociales que reproducen la desigualdad y la exclusión.

Por otro lado, las inequidades en salud no son solo una cuestión de acceso a servicios médicos, sino que son el resultado de decisiones políticas y económicas

que reproducen desigualdades estructurales (Breilh, 2023). Esta perspectiva transforma la forma en que entendemos las intervenciones de salud: no basta con tratar los síntomas de las enfermedades, sino que es necesario abordar las causas sociales que las originan. La determinación social abre el camino hacia un modelo de salud que promueve la justicia social, el acceso equitativo a los recursos y la eliminación de las barreras estructurales que perpetúan la vulnerabilidad y la enfermedad.

### **2.3. Equidad e inequidad en salud**

Son esenciales para comprender cómo las estructuras de poder influyen en el acceso y la calidad de la atención en salud. Las disparidades en salud no son solo una cuestión de acceso a servicios médicos, sino que están profundamente relacionadas con las desigualdades sociales que afectan a las poblaciones más vulnerables. La salud colectiva debe implicar una lucha por la equidad, entendida no solo como igualdad de acceso, sino como una distribución justa de los recursos, que atienda las necesidades de los grupos más desfavorecidos. El concepto de equidad desafía las políticas de salud convencionales, que a menudo se limitan a garantizar el acceso a los servicios sin considerar las profundas desigualdades estructurales que limitan el bienestar de las comunidades.

### **2.4. La autonomía relativa y la subsunción**

La subsunción refiere a la forma en que las personas y las comunidades están inmersas en estructuras sociales que condicionan su salud. Lo que obedece a una relación jerárquica de poder en la que lo “general” establece límites a lo “particular” y lo “particular” subsume lo “individual”. Los estilos de vida de los

individuos se encuentran subsumidos en los modos de vivir del grupo social al que pertenecen, así mismo, el grupo social lo está en los procesos sociales y la lógica que desarrolla la sociedad en conjunto (Breilh, 2023, 2017). La autonomía relativa no significa autonomía total, sino capacidad de las personas para influir y transformar las condiciones que afectan su salud, resalta la importancia de empoderar a las comunidades para que participen activamente en las decisiones sobre su bienestar y puedan transformar las condiciones sociales y ambientales que las afectan.

## **2.5. Metabolismo sociedad-naturaleza**

Describe la interacción entre los seres humanos y su entorno. Este concepto es fundamental para entender cómo las actividades humanas, en particular las políticas neoliberales y el modelo de desarrollo extractivista, afectan la salud de las poblaciones. El cambio climático, la contaminación y la explotación de los recursos naturales son factores que alteran los ecosistemas y tienen un impacto directo sobre la salud de las comunidades. La salud colectiva no puede separarse del cuidado del medio ambiente, ya que las condiciones ecológicas son determinantes para la salud de las personas y las generaciones futuras.

De allí la importancia de reflexionar sobre el concepto de ecología humana, toda vez que el hombre no está aislado de su ambiente y su conducta utilitarista e irresponsable hacia él, ha ocasionado destrucción que pone en peligro a las especies, incluida la humana. La ecología humana tiene como premisa resignificar las relaciones humanas con su entorno, con otros seres humanos y consigo mismo. Con el ambiente, al analizar y proponer soluciones relacionadas con el impacto de la agricultura y las tecnologías; con las personas, al trabajar de manera por las

necesidades compartidas mediante la co-construcción de políticas adecuadas; y consigo mismo al responsabilizarse de su papel en la solución de los problemas que ha generado, fortalecer habilidades y valores para empoderarse de la gestión de su salud y bienestar en armonía con la naturaleza (Valera, 2019).

En este marco, la epidemiología crítica, se posiciona como un instrumento esencial para entender las desigualdades en salud desde una perspectiva estructural (Breilh, 2023). Esta forma de epidemiología no solo analiza las enfermedades desde un punto de vista biomédico, sino que pone énfasis en los factores sociales, económicos y políticos que las provocan. Al integrar estos enfoques, la epidemiología crítica, además de ofrecer una comprensión más profunda de las desigualdades en salud, abre el camino para la acción social y política en pro de una salud más equitativa. Es una herramienta clave para la salud colectiva, que no solo busca identificar los problemas de salud, sino también ofrecer soluciones que transformen las condiciones sociales que perpetúan la inequidad y la exclusión.

El estudio del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte, a través de una mirada crítica, nos permite comprender la salud como una cuestión individual y también como un fenómeno social profundamente marcado por las estructuras de poder, las relaciones económicas y las condiciones ambientales. La determinación social de la salud, la reproducción social, la equidad, la autonomía relativa y el metabolismo sociedad-naturaleza son categorías clave para entender cómo las condiciones de vida y trabajo impactan la salud colectiva. La epidemiología crítica, al integrar estos elementos, ofrece una visión más completa y transformadora de las desigualdades en salud, brindando las herramientas necesarias para abordar las causas estructurales de esas inequidades y promoviendo una salud colectiva más justa.

De esta forma la SC ha desarrollado a través de su metateoría un eje de trabajo conceptual delimitado a la epidemiología crítica donde a través de cinco categorías determinación social de la salud, reproducción social, inequidades en salud, autonomía relativa y la subsunción, el metabolismo sociedad-naturaleza (Figura 1), conforman el método y técnica para abordar las formas alineadas de poder que circunscriben las estructuras, los procesos, la cultura, el habitus y las formas transfiguradas de la gestión en salud, para dar nuevas explicaciones y propuestas, desde nuevas perspectivas decolonizadoras, que serán un baluarte para cualquier sistema en salud al tratar de comprender en su totalidad al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte y actuar en consecuencia.

Es decir, es nuestra responsabilidad como parte de la comunidad, aterrizar tales conceptos al hacer, mediante planteamientos y acciones sustentables que sean transversales a todos los sectores como un acto de reivindicación con el planeta que cohabitamos.

Figura 1. Ejes conceptuales de la Salud Colectiva



Fuente: elaborado por los autores (2025)

Los cinco ejes conceptuales de la Salud Colectiva que apreciamos en la figura 1 constituyen un marco teórico que no solo amplía la comprensión del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte, sino que también plantea una ruta hacia la transformación social. Al destacar la determinación social de la salud, la reproducción social, las inequidades, la autonomía relativa y el metabolismo sociedad-naturaleza, se subraya la necesidad de abordar la salud desde su complejidad estructural, reconociendo que las desigualdades en salud son producto de decisiones económicas, políticas y sociales. Además, este enfoque permite visibilizar y cuestionar las dinámicas de poder que condicionan el acceso, la calidad y los resultados en salud, abriendo paso a una mirada más equitativa y emancipadora.

Reflexionar desde estos ejes implica asumir una responsabilidad ética y política hacia la construcción de un modelo de salud que considere la justicia social y el respeto por el medio ambiente como pilares fundamentales. La incorporación de la epidemiología crítica en este proceso, no solo permite comprender mejor las causas de las inequidades, sino también diseñar intervenciones que fomenten la participación comunitaria y la sostenibilidad ambiental. Así, la Salud Colectiva se convierte en una herramienta transformadora que no solo analiza, sino que también actúa para garantizar condiciones de vida dignas y equitativas, integrando el bienestar humano con la preservación de la vida en el planeta.

### **3. Pensamiento crítico de la Salud Colectiva en torno al proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte**

Las concepciones que tiene la SC a los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte, transgreden las concepciones biomédicas, dada su mirada multi, inter y transdisciplinar se alimenta y retroalimenta de diferentes tipos de conocimientos, saberes y prácticas siempre abierta a la incorporación de propuestas innovadoras, reflexivas y de transformación.

La salud la concibe, no como un concepto monolítico, sino como un sistema interactivo que se obtiene, se mantiene o se pierde como resultado de una suma también sistémica de decisiones que toman los individuos, las familias y los grupos, basadas en razonamientos informados, contextualizados y dialogados, que tienen sentido cuando se operan con herramientas y recursos adecuados (Chápela, 2000)), por lo que la salud es una concepción integral del sistema en el que intervienen múltiples elementos con diferentes grados de complejidad. La salud también se practica y se reproduce a partir de decisiones socialmente exitosas y culturalmente aceptadas.

La enfermedad es un constructo de la realidad social de los colectivos que se circunscribe al cuerpo, resultado de la historicidad, del cambio social junto con su desarrollo y de la gran máquina hegemónica del saber científico médico. También puede concebirse como una negación a la vida o un abandono al cuerpo (Bacarlett, 2006). La enfermedad resignifica de manera negativa los cambios o los estragos de las diferentes realidades y formas de vida.

El concepto de atención tiene una larga historia y amplia connotación en el ámbito biomédico; y se remite fundamentalmente a su dimensión asistencial, estructurado desde los sistemas de salud, de manera piramidal en “niveles de atención”, relacionados al tipo y complejidad de las enfermedades y sus requerimientos para enfrentarlas.

Desde una perspectiva sanitaria clásica, la atención y el cuidado no son sinónimos. Desde la ética del cuidado, la atención es solo un paso que detona el cuidado, más no lo consume, ya que atender no equivale a resolver, sino a visibilizar un requerimiento; la atención demanda ese reconocimiento para desencadenar los procesos de cuidado, que para disminuir los riesgos y daños a la salud individual requiere de actividades sinérgicas entre pacientes, cuidadores y diversos profesionales de la salud para el otorgamiento del cuidado integral, es por ello la importancia de la óptica de la SC en el proceso biomédico y salubrista. La atención y los niveles del cuidado desde la ética del cuidado en una perspectiva de salud colectiva implican: la atención, la responsabilidad, la competencia, la receptividad y la organización social (Hersch-Martínez y Salamanca-González, 2022).

Desde la SC el cuidado de la salud, va más allá del nivel individual, trasciende el ámbito multidisciplinar, busca el bienestar de la persona y la colectividad, asegurando que sus necesidades sean atendidas de forma eficiente, con base a valores éticos, de manera integradora en todo el proceso de vida de las personas en contextos sociopolíticos concretos, lo cual exige al Estado y a las instituciones públicas de servicios de salud, reconocer su rol central en la protección del estado de salud de los ciudadanos y los grupos sociales desde el territorio, con todas sus características.

En lo que respecta al cuidado, como una acción que va más allá de atender la enfermedad, debe partir del individuo hacia sí mismo y los demás y viceversa al sentir la necesidad de comprometerse con un plan de acción para promover la salud y prevenir las enfermedades. Esto solo será posible si se perciben resultados positivos anticipados resultantes de tales conductas, a la vez que se fortalece la convicción de que es capaz de ejecutarlas, porque hay menos barreras percibidas para una conducta de salud específica (Pender y Pender, 1980). La salud es un valor social reflejado en los modos de vida, que a su vez son consecuencia de las determinaciones sociales en las que se cimientan las creencias, motivaciones y aprendizajes (Aristizábal et al., 2011).

Para lograr esto, los actores de las políticas públicas deben conocer y comprender de manera profunda las complejas dinámicas del territorio como espacio social y de interacciones que trasciende lo geográfico y que es permeado de manera inevitable por lo político, económico, histórico y ecológico.

Por ello, se invita a analizar los fenómenos que afectan de manera negativa la salud desde las diferentes culturas, dado que se puede obtener información y orientar a los colectivos para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan (Leininger, 1999). Aunado a lo anterior, la cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas, incluidas las relacionadas con la salud (Leno, 2006). Los actos de cuidado están dados por estructuras sociales (religión, economía, educación y política) que dan significado y orden a la cultura; y el ambiente (experiencias, interacciones sociales, emoción o elemento físico), de tal manera que solo cuando las personas consideran que la acción a desarrollar es importante, trascendente, fundamental y significativa para

su vida se aplicarán y normalizarán conductas de cuidado hacia sí mismas y hacia los demás.

En concordancia, la SC incorpora el cuidado como categoría que entiende la salud como derecho y apunta a la reconstrucción de las prácticas de salud que afirman la vida. Estas se refieren a una acción integral que tiene sentidos y significados para mantener la salud individual y colectiva, el desarrollo y realización de los sistemas de salud, de participación y solidaridad (Bertolozzi y De la Torre-Ugarte, 2012). Desde una perspectiva ontológica, el cuidado es una categoría que pretende una comprensión filosófica y una actitud práctica ante el sentido que adquieren las acciones de salud en las distintas situaciones en las que se requieren intervenciones para aliviar el sufrimiento o lograr el bienestar (De Carvalho, 2004).

Por su parte, la vida desde la perspectiva de la SC es una construcción social que va más allá de la homeostasis orgánica de las constantes vitales; no se limita a la mera existencia en el mundo, sino que se asocia al buen vivir, vivir exitoso y bienestar. La vida está determinada por la producción y reproducción social y se manifiesta por los modos de relacionarse, trabajar y coexistir con otros y la naturaleza, lo que trae consecuencias para el proceso salud-enfermedad. A partir de la mercantilización de la salud y los servicios, la vida es concebida actualmente como mercancía de calidad, en la que prima el cuerpo desde la individualidad y la imagen, de la que depende la autoestima de un yo hedónico y omnipotente. (Bertolozzi y De la Torre-Ugarte, 2012; Bustelo, 2008).

Acercarnos al proceso de muerte en la época de la hipermodernidad, es rescatar varios aspectos en torno a esta categoría, al vislumbrar elementos que transcurren entre el que se va -moribundo-, el que lo llora -familiar o cercano o

con lazos sanguíneos-, el que se dispone a transmitir-vislumbrar el suceso en el área de la salud -profesionales del área de la salud-, y los actores mercantilizadora del proceso mortuorio, de esta forma la muerte guarda por sí misma: agonía del moribundo, ritualidades funerarias -mercantilizadas o ritualidades culturales- y la peregrinación de la duda y la culpa. Por lo cual debemos considerar, problematizar y definir a la muerte como parte de un proceso de vida, que a todos nos involucra (Casas, 2022).

**Figura 2.** Ejes de análisis para el proceso, salud/ enfermedad/ atención/ cuidado/ vida/ muerte.



**Fuente:** elaborado por los autores (2025).

## Conclusión

La SC se define como una corriente del pensamiento médico y social que considera que el proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte está influenciado socialmente y, además de considerar la perspectiva biomédica de la

salud pública, propone la generación de cambios sociales desde lo colectivo, con el conocimiento de los determinantes sociales como elemento de valor en el constructo del estado de salud-enfermedad de la comunidad en diversos territorios, otorgándole un peso de gran valor a la sociedad; asimismo sitúa a la política como determinante de la salud poblacional, vinculando los asuntos políticos en los asuntos de salud y la generación de políticas públicas de impacto social.

A cuatro décadas de acuñarse el modelo conceptual de la SC, presenta importantes desafíos para su praxis. La participación constante y organizada de los diversos grupos sociales, desde la definición de sus propias necesidades en cada territorio, debería definir redes relaciones sociales que abonen a la preservación de la salud, la conciencia sanitaria y la defensa de la propia vida, en coordinación con el sistema de salud, que sustenten políticas públicas solidarias, equitativas, incluyentes, interculturales que favorezcan la transformación positiva de los diversos grupos sociales.

Esta corriente debe generar la conciencia de percibir la oportunidad del nuevo conocimiento social en el marco de la salud en las colectividades y la deconstrucción del viejo esquema de la salud biomédica, desde la formación de nuevos profesionales de la salud y en los entornos político-sociales de la cada región, cada país y cada comunidad, siendo tolerante y solidaria. Asimismo, es relevante considerar que el concepto de Salud es más amplio que la consideración tradicional e involucra diferentes disciplinas que deben actuar interrelacionadas para cumplir con su objetivo (Véliz et al., 2022; Véliz, 2022).

El desafío mayor que enfrenta la SC es mantener y extender una militancia para la concepción y materialización de un cuidado para la salud universal

luchando por el reconocimiento del derecho a la salud transformando la determinación social de manera positiva y la dignidad de la vida.

Recomendaciones finales, aunque este texto es un documento que recoge planteamientos de autores de diversos países, no pretende ser un texto acabado, más bien busca ser un pretexto para incitar a otras personas a revisar y profundizar en las propuestas de los diversos autores y autoras latinoamericanos y de otros países, quiénes desde un marco histórico y contemporáneo aporten a mirar la salud colectiva de nuestras comunidades. Asimismo, dado que el propio texto lo plantea, es necesario recoger propuestas y experiencias de las comunidades respecto a los procesos de bienestar colectivo.

## Referencias

- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2):123-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120203>
- Almeida-Filho, N. y Ayres, J. (2022). Texto inédito de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. *Salud Colectiva*. [Citado el 15 de enero del 2025]; 18: e4084. <https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e4084/es/>
- Alvarado, C. y Méndez, L. (2017). Crepúsculo y aurora de Carlos Guzmán Böckler. *Revista Plaza Pública* [Internet]. [citado el 15 de enero del 2025]. <https://www.plazapublica.com.gt/content/crepusculo-y-aurora-de-carlos-guzman-bockler>
- Alves, P. (2010). A teoria sociológica contemporânea. Da superdeterminação pelateoria à historicidade. *Sociedad y Estado*; 25 (1): 15-31. <https://www.scielo.br/j/se/a/jLxd6nDWrqNN77zFTqTZgpM/?format=pdf&lang=pt>

- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A. y Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Ayres, J. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12020206.pdf>
- Bacarlett, M. (2006). *Friedrich Nietzsche: la vida, el cuerpo y la enfermedad*. 1 ed. Edición. Estado de México: Editorial Universidad Autónoma del Estado de México.
- Bertolozzi, M. y De la Torre-Ugarte, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*; 1(1):24-36. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/309>
- Blanco, G., Sáñez, J. y López, O. (1989). *La exploración empírica de la categoría de reproducción social: estudio de las condiciones de vida y salud en el ámbito urbano, reporte de investigación* (fase I y II PROURBE), mimeo. UAM-Xochimilco, México.
- Breilh, J. (1977). *Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/2481>
- Breilh, J. (2014). *Cecília Donnangelo y el ethos tecnocrático de la salud pública actual (Esencia contrahegemónica de su memoria)*. En da Rocha J, Sterman L, Derbli M. O Social na Epidemiologia Um legado de Cecilia Donnangelo. [Internet]. Instituto de Saúde. [Citado el 15 de Enero del 2025]; Sao Paulo: Instituto de Saúde, 2014. pp. 85-98. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4039/1/Breilh%2C%20J.-CON-249-Cecilia%20Donnangelo.pdf>
- Breilh, J. (2017). Determinación social de la salud [Internet]. *ALAMES*. <https://youtu.be/f1ZdgaQlczk?si=5Wk79SRw6WZ8JeQ8>

- Breilh, J. (2023). *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Primera edición en español [Internet]. Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>
- Brito, J. (2017). Salud: una relación con el medio y los modos de vida. *Laboreal* [En línea], 13(1). <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0117jbes>
- Bustelo, E. (2008). ¿Vida o calidad de vida? *Salud Colectiva*, 4(2), 143. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.335>
- Camargo, K., Medina, C., Caetano, R. y Rangel, M. (2010). Producción intelectual en salud pública: epistemología y evidencia desde diferentes tradiciones. *Rev. Saúde Pública*. [Citado el 15 de enero del 2025]; 44 (3). <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jTyqV5xcrtg8bt84wFNz8dx/?lang=pt>
- Canguilhem, G. (2004). *Salud: concepto vulgar y cuestión filosófica*. En: Canguilhem, G. *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carbado, D., Crenshaw, K., Mays, V. y Tomlinson, B. (2013). Interseccionalidad: mapeo de los movimientos de una teoría. *Du Bois Review: Investigación en ciencias sociales sobre la raza*. 10(2):303-312. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000349>
- Casas, D. (2022). Reflections on death in the time of Covid-19. *Medwave*, 22 (04):002554. <https://doi.org/10.5867/medwave.2022.04.002554>
- Casas, D., Soto, E., Contreras, G. y Rodríguez, A. (2013). Collective health and family medicine. *Medwave*. [citado el 15 de Enero del 2025]; 13(04):e5666 <https://www.medwave.cl/revisiones/analisis/5666.html>
- Correia, D., Mendes, A. y Carnut, L. (2023). La determinación social del proceso salud-enfermedad en el contexto latinoamericano: la aportación de Oliva López-Arellano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*; 22: 1-20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.dsps>
- Crenshaw, K. (1991). *Cartografiando los márgenes*. En R. L. Platero, *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* [Internet]. España: Bellaterra. 1991 [Citado el 15 de enero del 2025]. <https://www.uncuyo.edu.ar/transparencia/upload/crenshaw-kimberle-cartografiando-los-margenes-1.pdf>

- Chápela, M. (2000). *Aspectos Educativos*. En: García M, Silva J, Salas K. La Salud en México ante el próximo milenio. 1ed. [Internet]. México: Editorial Miguel Ángel Porrúa; p. 77-82. <http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/alerta/Octubre/salud.pdf>
- De Carvalho, J. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14):73-92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>
- Duarte-Nunez, E. (2013). O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. [citado el 15 de enero del 2025]; 29 (9), 1752-1762. doi.org: 10.1590/0102-311X00020613
- Duarte, E. (2007). Samaja: el epistemólogo de la salud. *Salud Colectiva*; 13 (3): 325-330. <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/151/131>
- Escudero, J. (1994). Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1994. [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/berlinguer\\_\\_giovanni\\_\\_la\\_enfermedad\\_lugar\\_editorial\\_\\_buenos\\_aires\\_\\_1994.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/berlinguer__giovanni__la_enfermedad_lugar_editorial__buenos_aires__1994.pdf)
- Esposito, R. (2018). Inmunidad, comunidad, biopolítica. *Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*; 1:1-13. <https://doi.org/10.1387/pceic.18112>
- Feo, I., Feo, A. y Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*; 8(4), 602-614. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400011&lng=es).
- Franco, S. (2017). *Por la Salud Social* (1.a ed., Vol. 1). Bogotá: Ediciones Aurora.
- García, N. (2004). *Diferentes, Desigualdades y Desconectados: Mapas de la Interculturalidad* [Internet]. Barcelona: Ed. Gedisa. <https://oibc.oei.es/uploads/attachments/123/garcia-canclini-nestor-diferentes-desiguales-y-desconectados-mapas-de-la-interculturalidad.pdf>
- Gómez, R. (2012). Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*; 30(2):223-236. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023918011>

- Gómez-Arias, R. (2014). Lo público y lo privado: Elementos para el análisis. *Revista del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana*; 10(20), 71-89. <http://www.uv.mx/msp/files/2014/04/Universalud-20.pdf>
- Gómez-Arias, R. (2018). Los sistemas políticos como determinantes de la vida, la salud y el sufrimiento. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*; 30(2), 15. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.335871>
- Granda, E. (2004). A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Revista Cubana de Salud Pública*[Internet];30(2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es).
- Guzmán, C. (1977). *Colonialismo y Revolución*: México, Siglo XXI Editores.
- Hersch-Martínez, P. y Salamanca-González, M. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 40(1):e345191. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- Ibacache, J. Chureo, F., MvFall, S. y Quidel, J. (2001). *Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El caso de los Mapuche de Makewe- Pelales*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS-OMS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/38-Esp%20IND16.pdf>
- Jarillo, C. (1992). Algunas determinantes en la conformación de los patrones profesionales en estudiantes de medicina. *Salud Pública Mex* [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2024]; 34(4): 455-66. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5523>
- Jarillo, E., Casas, D. y Contreras, L. (2017). La medicina institucional y la práctica de los profesionales de la medicina: lectura crítica desde la salud colectiva. *Entreciencias: Diálogos En La Sociedad Del Conocimiento*; 4(11): 1-23. <https://doi.org/10.21933/J.EDSC.2016.11.187>
- Laurell, A. (1992). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*. [Citado el 15 de enero del 2025]; 19: 1-12. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*; (6): 5-12. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>

- Leno, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*; 22. <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=268>
- Luna-García, J. (2015). En memoria del Profesor Giovanni Berlinguer. *Salud de los Trabajadores*. [Citado el 15 de enero del 2025]; 23(1): 2-4. [https://homolog-ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-01382015000100001](https://homolog-ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382015000100001)
- Matus, C. (2007). Las ciencias y la política. *Salud Colectiva*. 23 (1): 81-91. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.122>
- Medeiros, M. (2022). Texto inédito de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves. *Salud Colectiva*; 18: e4084. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4084>
- Mercer, H. (2020). Una estrategia consensuada de promoción de la salud en las Américas. *Global Health Promotion*; 27(1): 107-109. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975920909019>
- Morales, C. (2016). Salud colectiva y salud pública: ¿Se está hablando de lo mismo? (1st ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), Doctorado en Salud Pública. *Cuadernos del doctorado*, No. 18. Salud pública y nutrición humana.
- Osorio, C., Tecu, E. y Azevedo, M. (2024). *Perspectivas teóricas de la salud colectiva latinoamericana y nuevos desafíos para el campo en el Siglo XXI*. En: Villasana, Casas D, Quintana J. Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI. [Internet]. São Carlos: Pedro & João Editores; 2024 [citado el 15 de enero del 2025]. p. 109-125. Disponible en: <https://pedrojoaoeditores.com.br/produto/desafios-para-la-salud-colectiva-en-el-siglo-xxi/>
- Paim, J. (2006). Desafíos para a saúde coletiva no século XXI [Internet]. Salvador-Ba. EDUFBA. <https://goo.su/H10GzU>
- Pender, N. y Pender, A. (1980). Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: Predicting potential consumers. *American Journal of Public Health*; 70(8), 798-803. <https://doi.org/10.2105/ajph.70.8.798>
- Quijano, A. (2007). Colonialidad y modernidad/racionalidad. *Estudios culturales*; 21 (2-3), 168-178. <https://doi.org/10.1080/09502380601164353>

- Scaglia, M., Margulies, S. y Menéndez, E. (2022). La continuidad de sus aportes y debates. *Cuadernos De antropología Social*. [citado el 15 de enero del 2025]; 55: 7-10. <https://doi.org/10.34096/cas.i55.11364>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. - 1ª. Ed. - Buenos Aires. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/6803/7883>
- Schraiber, L. y Mota, A. (2015). The social in health: trajectory and contributions of Maria Cecilia Ferro Donnangelo. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Citado el 15 de enero del 2025]; 20 (5), 1467-1473. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.00482015>
- Spinelli, H. (2015). El trabajo en el campo de la salud: ¿modelos artesanales o industriales? *Investigación y Educación en Enfermería*; 33(2):194-205. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.23000>
- Stolkiner, A. (2022). Disputas y sentidos sobre la Salud Colectiva en la actualidad. *Escenarios*; (35). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/184/1843201016/>
- Testa, M. (2020). Pensar en Salud. *EDUN La Cooperativa*; 2020 [citado el 20 de febrero 2025].
- Valera, L. (2019). Ecología humana. Nuevos desafíos para la ecología y la filosofía. *Arbor*; 195(792), a509-a509. <https://doi.org/10.3989/arbor.2019.792n2010>.
- Véliz, A., Cabezas, C. y Nass, J. (2022) Ciencias Sociales y Ciencias de la salud: Un nexo imprescindible en la formación holística de profesionales. *Revista de Filosofía*, 39(100): 370-377. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5986900>
- Véliz, A. (2022). Aportes de los relatos biográficos a las reconstrucciones históricas comunitarias. *Revista Notas Históricas y Geográficas*, 2022; 29: 307-316. <https://goo.su/W9IHt>
- Villasana, P. y Caraballo, J. (2019). El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva. *Salud de los Trabajadores*; 27(1), 51-64. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1103749>

## Acerca de los autores

**Casas Patiño, Donovan:** Profesor de Tiempo Completo en el Centro Universitario UAEM Amecameca de la Universidad Autónoma del Estado de México desde 2013. Cuenta con formación académica avanzada, incluyendo un Posdoctorado en Antropología Social por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (2016-2017) y un Doctorado en Salud Colectiva por la UAM-Xochimilco (2009-2012). Además de su labor docente e investigadora, participa activamente en la comunidad académica como Presidente de la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural desde 2019, y dirige una iniciativa relacionada con la nutrición ("Zörac") desde 2019.

**Rodríguez Torres, Alejandra:** Médico Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde 2001 y docente en la Universidad Autónoma del Estado de México desde 2014. Posee una sólida formación académica que incluye un Doctorado en Ciencias de Salud Colectiva por la UAM-Xochimilco, un Posdoctorado en Antropología Social por la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, y una Maestría en Sociología de la Salud por la UAEM (2012-2014). Además, se desempeña como secretaria de la Mesa Directiva en la Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural desde 2020, reconocida con la Presea Ignacio Manuel Altamirano Basilio por la UAEM en 2015.

**Quintana, Juan Vicente:** Profesional con una formación multidisciplinaria que incluye Ingeniería Química y estudios avanzados en Salud Pública, Investigación Social, Epistemologías del Sur, Gerencia Ambiental y Ciencias Gerenciales, culminando con un Doctorado en Ciencias Gerenciales y un Posdoctorado Internacional en Salud Colectiva. Cuenta con experiencia docente e investigadora en diversas instituciones como la Universidad de Carabobo y la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías", así como en el Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón, donde también ocupó roles de coordinación y dirección. Actualmente, se desempeña como Director Nacional de Tecnología Educativa en la Universidad de Ciencias de la Salud "Hugo Chávez Frías" y es miembro activo de redes como la Red Internacional de Salud Colectiva y Salud Intercultural y el Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del CLACSO.

**Véliz, Alex:** Académico Asociado en el área de Ciencias Sociales en la Universidad de Los Lagos desde marzo de 2014. Ha publicado diversos artículos en el campo de la salud cardiovascular, psicología, medicina tradicional, neurocracia, entre otros.

## Declaración de conflicto de interés y originalidad

Conforme a lo estipulado en el *Código de ética y buenas prácticas* publicado en *Revista Clío*, los autores: *Casas Patiño, Donovan; Rodríguez Torres, Alejandra; Quintana, Juan Vicente y Véliz, Alex* declaran al Comité Editorial que no tienen situaciones que representen conflicto de interés real, potencial o evidente, de carácter académico, financiero, intelectual o con derechos de propiedad intelectual relacionados con el contenido del artículo: *La salud colectiva para el análisis del proceso salud/enfermedad/atención/cuidado/vida/muerte*, en relación con su publicación. De igual manera, declaran que el trabajo es autofinanciado, original, no ha sido publicado parcial ni totalmente en otro medio de difusión, no se utilizaron ideas, formulaciones, citas o ilustraciones diversas, extraídas de distintas fuentes, sin mencionar de forma clara y estricta su origen y sin ser referenciadas debidamente en la bibliografía correspondiente. Consienten que el Comité Editorial aplique cualquier sistema de detección de plagio para verificar su originalidad.