

## La crianza como asunto fundamental para una salud pública alternativa<sup>a</sup>

### Upbringing as a fundamental topic for alternative public health care

Diana Paola Betancurth Loaiza,<sup>I</sup> Fernando Peñaranda Correa<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.

<sup>II</sup> Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

---

#### RESUMEN

Este trabajo es el resultado de un estudio sobre la crianza en familias en condiciones de desigualdad e iniquidad social, se pretende contribuir a la teoría de la salud pública. Se argumenta que la salud pública anglosajona convencional hegemónica ha excluido la crianza como asunto fundamental de su praxis. Se construye una argumentación teórica acerca de la relevancia de la crianza vista desde una salud pública que resignifique la salud como vida. Se utilizó el método etnográfico cuyo desarrollo teórico se hizo a partir de la relación argumentada entre los conceptos crianza, salud, salud pública y justicia social. De acuerdo a la revisión realizada se demostró que la salud pública anglosajona, convencional y hegemónica no concibe la crianza como una categoría central para su pensar y accionar. Perspectivas alternativas de la salud pública, que conciben la salud como la vida misma, facilitan asumir la crianza como un proceso favorable para su praxis. En conclusión, con base en la relevancia de la crianza para el sujeto y la sociedad —concebida como fenómeno sociocultural, histórico y ontológico y reconocida como asunto también público—, se formula que la crianza demanda un abordaje transdisciplinar de la salud pública que asuma una concepción de ciencia promotora del diálogo de saberes y una racionalidad dialéctica que supere las dicotomías sujeto/sociedad y clínica/salud pública para responder a las regularidades de lo universal y a las contingencias de lo singular.

**Palabras clave:** Crianza; salud; salud pública; justicia; educación para la salud.

## ABSTRACT

This paper is the result of a research project on upbringing in families living in social inequality and inequity conditions and is aimed to contribute to public health theory. It stated that the hegemonic conventional Anglo-Saxon approach to public health has excluded upbringing as a fundamental area of its praxis. A theoretical argumentation about the relevance of upbringing is created from the viewpoing of a public health that gives a new meaning to health as part of life. An ethnographic method was used with a theoretical development, on the basis of the substantiated relationship among the concepts of upbringing, health, public health and social Justice. According to this review, it was proved that Anglo-Saxon public health, with the above-mentioned characteristics, does not conceive upbringing as a central category for thinking and acting. Alternative perspectives of public health, which see health as if it was life, facilitate taking upbringing as a favorable process for practice. It is concluded that upbringing, conceived as sociocultural, historical and ontological phenomenon, as well as a public issue, is relevant for public health. It is stated that upbringing demands a transdisciplinary approach of public health that involves conceptualization of science promoting dialogue of know-hows and a dialectic rationality that goes beyond the subject/society and clinical/public health dichotomies in order to respond to the regularities of universality and the contingencies of singularity.

**Keywords:** Upbringing; health; public health; justice; health education.

---

## INTRODUCCIÓN

Este artículo forma parte de un estudio etnográfico dirigido a comprender las representaciones relacionadas con la crianza que tienen los cuidadores significativos de un asentamiento con personas en situación de desplazamiento forzado (SDF) y destechadas del municipio de Bello (Colombia).<sup>b</sup> Uno de los objetivos específicos del proyecto busca contribuir a la teoría y a la práctica de la salud pública y de la educación sobre la crianza para familias que viven en condiciones de desigualdad e iniquidad social. Nos proponemos argumentar la necesidad de que la salud pública se ocupe de la crianza, pues ha sido un fenómeno relegado de la teoría y la práctica de la disciplina. Esto ha sido consecuencia de una corriente de la salud pública biomédica, morbicéntrica y hegemónica, por lo que se requiere una salud pública alternativa que le dé cabida a la crianza como asunto fundamental de su praxis.

El artículo se ha estructurado en cuatro apartados. En el primero se analiza la importancia de la crianza para el ser humano y la sociedad. Para efectuar dicho análisis se abordan conceptos básicos sobre la crianza que la sitúan más allá de visiones reduccionistas, comunes en el ámbito del sector de la salud. En el segundo apartado se argumenta por qué, desde la mirada de la salud pública anglosajona hegemónica, existen limitaciones para comprender la crianza como fenómeno relevante para la disciplina. En el siguiente apartado se plantea la necesidad de una salud pública alternativa que dé cabida a la crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico. En este sentido, la crianza constituye un acicate para movilizar una salud pública que ressignifica la salud. En la última parte se discute la

condición pública de la crianza, para lo cual es necesario superar el razonamiento dicotómico de lo privado y lo público y, en este orden de ideas, reconsiderar la concepción de lo público en la salud pública.

Se realizó una etnografía cuyo desarrollo teórico se hizo a partir de la relación argumentativa entre los conceptos crianza, salud, salud pública y justicia social, con el propósito de responder a la interrogante ¿cómo la comprensión crítica de la crianza contribuye a la teoría y a la praxis de una salud pública que tome en consideración la salud como vida? En este artículo se presenta parte de la fundamentación teórica de dicho estudio.

## IMPORTANCIA DE LA CRIANZA PARA EL SER HUMANO Y LA SOCIEDAD: ¿DE QUÉ CRIANZA HABLAMOS?

La crianza es un proceso importante para el ser humano, las familias, los actores sociales y la sociedad en general.<sup>1</sup> Trasciende la función de preservación de la especie para convertirse en la base de todo proyecto social y resulta decisiva en la construcción del tejido generacional sobre el cual se cimienta una parte significativa del desarrollo humano, con dos funciones fundamentales: la educación y el cuidado de la infancia.<sup>2,3</sup>

Las iniciativas parentales y las prácticas discursivas acerca de la crianza rebasan la familia y lo institucional; circulan y se traman como un conjunto denso de vinculaciones que cuidadores significativos establecen en diversos espacios de su vida cotidiana, con actores colectivos y sectores sociales de la comunidad, por cuanto exceden el ámbito doméstico.<sup>4,5</sup>

A la categoría de cuidador se añade la de *significativo*, tomada de los *adultos significativos* que realizan el proceso de socialización primaria propuesto por *Berger* y *Luckmann*, pero que en la crianza también cumplen funciones de cuidado. No utilizamos el término *adulto*, pues queremos enfatizar en que sujetos no adultos (madres, padres y otros familiares) también son "cuidadores significativos" (CS).<sup>4</sup>

La madre, en particular, asume su función de cuidado en relación con *otros*, pues requiere una red de apoyo para mantener la vida de su hijo, denominada *matriz de apoyo* por *Stern*, *tribu para la crianza* por *del Olmo*.<sup>6,7</sup>

Entonces, la necesidad de ofrecer mejores condiciones de vida para llevar una crianza valorada y productiva implica una triple dimensión: ética, política y socioeconómica.<sup>3,8</sup> La ética hace referencia a las condiciones de justicia en cuanto a las oportunidades que las familias tienen para desarrollar la crianza que valoran. La política tiene que ver con la responsabilidad del Estado para garantizar los derechos y las oportunidades. Como parte de la construcción de lo público y la democracia, los cuidadores significativos alzan su voz para ejercer la lucha contra las injusticias y la vulneración de los derechos en pos de dignificar la crianza.<sup>9,10</sup> Finalmente, la dimensión socioeconómica implica no solo las connotaciones socioeconómicas que configuran la crianza, sino también las consecuencias que para la sociedad en su conjunto tiene la crianza que finalmente logren realizar los cuidadores significativos y sus familias.

La crianza no puede ser considerada como un conjunto estático de acciones y reacciones o de prácticas culturales interiorizadas o patrones tradicionales bajo la intervención masiva de los expertos, que además la refuerzan como una realidad privada.<sup>11-15</sup> Precisa ser entendida como un proceso dinámico generador de nuevas

interpretaciones y de sentidos contruidos, fruto de las particularidades de cada familia y del medio sociocultural que configuran contextos familiares heterogéneos. Esa diversidad requiere entenderse también en el marco de un proceso de cambio psicológico, afectivo y social que sufren el hombre y la mujer con el nacimiento de los hijos, por un lado, y por el otro, en medio de profundos cambios culturales y sociales.<sup>6,16</sup> En un contexto de diversidad y pluralidad que ocasionan tensiones, es clara la inexistencia de una sola forma "adecuada" de practicar la crianza, pues en realidad hay *múltiples crianzas* que no siempre se conocen ni se comprenden bien.

En efecto, se plantea reconocer la crianza, como un "complejo histórico, sociocultural y ontológico", constituye una aproximación teórica más amplia y dinámica que recoge los elementos ya argumentados, en contraste con la visión biomédica, que es una mirada reduccionista.<sup>3</sup> Por esta razón, la crianza, asumida de la manera como aquí se propone, provee un objeto teórico-práctico que precisa otra forma de pensar la salud, diferente a como lo ha hecho la salud pública anglosajona convencional hegemónica que se centra en la enfermedad.

## LA EXCLUSIÓN DE LA CRIANZA EN LA PRAXIS DE LA SALUD PÚBLICA

### La salud pública anglosajona convencional hegemónica

La salud pública es polisémica debido a la existencia de múltiples perspectivas y corrientes.<sup>17</sup> En el contexto latinoamericano predomina la influencia de la salud pública de origen anglosajón, originada en los logros alcanzados por la medicina clínica sobre la enfermedad individual y la incorporación de su saber, sus métodos y sus técnicas, con la diferencia de que no está centrada en el individuo, sino que se sale del cuerpo humano para buscar las causas externamente, con el fin de prevenir el riesgo de enfermar.<sup>18</sup> Se sustenta en el modelo de ciencia propio de las ciencias naturales que recoge una visión positivista fundada en una razón instrumental y planteada desde un modelo causalista.<sup>19</sup> A su vez, corresponde a una concepción dualista de la realidad que separa la naturaleza del hombre y de la sociedad (dicotomía cultura/naturaleza), por lo cual asume la salud como descuento de la enfermedad.<sup>18</sup> Además promueve una visión fragmentada de la realidad que lleva a la especialización para controlar las enfermedades, a la vez que la focalización en pequeños campos cognitivos hace más fácil el accionar y la explicación del riesgo.<sup>18</sup>

Desde esta racionalidad dualista se asume una perspectiva poblacional responsable de no interesarse por el sujeto y sus procesos vitales, como la crianza, pues se establece una dicotomía entre salud pública como salud de las poblaciones y la clínica como salud de los individuos. De esta manera se excluye al sujeto individual y colectivo autopoiético con capacidad de autoconstrucción en respuesta a sus deseos y necesidades.<sup>18</sup>

Para la salud pública anglosajona convencional hegemónica lo público se refiere entonces a las externalidades, o sea, a aquellas enfermedades o problemas de salud que se "salen" del ámbito personal y que pueden producir daños a terceros (como las enfermedades infecciosas) o a situaciones que deben intervenir colectivamente.<sup>20</sup> En este orden de ideas, corresponderían al campo de la salud pública asuntos como la vacunación, la escolarización y las leyes contra el maltrato, que aunque también harían parte de la crianza, aquí remitirían directamente a lo poblacional, a lo que afecta a una "sumatoria de individuos".<sup>21</sup> La otra dimensión de lo público corresponde a lo estatal.

Entonces, la salud pública anglosajona hegemónica, desde una perspectiva biomédica y poblacional, asume los objetos propios de la disciplina como "enfermedades" poblacionales que requieren intervenciones masivas, que además de excluir lo concerniente al sujeto, soslaya las dimensiones socioculturales de los fenómenos. Esta visión poblacional centrada en las enfermedades excluye del campo disciplinar fenómenos complejos que requieren un abordaje histórico, sociocultural y ontológico, como la crianza.

A lo expresado se suma una visión funcionalista y estructuralista de la sociedad que entiende los cambios en relación con el mantenimiento o conservación de un orden, unas funciones y una estructura, lo que da sustento a los modelos comportamentales cuyo énfasis ha sido el cambio de los estilos de vida. Esta visión de la sociedad es coherente con una posición preventivista que traslada a las personas la responsabilidad de su salud, lo que lleva a la "culpabilización de las víctimas" y también a reforzar la función "medicalizadora" de la vida cotidiana, como ocurre en el caso de la crianza. No es casual la denominación de "controles" que se les aplican a las sesiones en los programas "materno-infantil".<sup>21-23</sup> Desde esta perspectiva estructuralista y medicalizadora se refuerzan posiciones impositivas y se instituyen políticas de orden macroestructural que profundizan el fraccionamiento de la realidad y la exclusión del sujeto y, por lo tanto, de los fenómenos singulares, como lo es la crianza.<sup>24</sup>

#### **Las limitaciones del modelo anglosajón convencional hegemónico para abordar la crianza**

Las dicotomías salud pública/clínica y público/privado, así como la perspectiva biomédica de la salud pública han llevado a dejar la crianza como un asunto propio de otras disciplinas, especialmente a las ciencias sociales, o incluso a la psicología, a las que se les "delega" la teorización sobre este campo del conocimiento. Generalmente —también desde una visión biomédica—, la pediatría asume algunos elementos de la crianza que, bajo la connotación de un "saber experto" es presentada como "puericultura", en referencia a una "adecuada" forma de hacer la crianza como resultado del conocimiento científico, principalmente el biomédico.

Así que bajo un proceso de medicalización, las acciones de salud pública relacionadas con la órbita de la crianza se sustentan fundamentalmente en supuestos biomédicos, con una visión "técnica" o visión disciplinar de la crianza que, por lo general, ni la nombra como tal. Para el caso colombiano, en el Plan Nacional de Salud Pública y en las normas emanadas del Ministerio de Salud de los programas que tienen que ver con la crianza, no hay referencias explícitas a esta como una categoría central, dado que sus aproximaciones tienen una orientación morbicéntrica. Esto puede observarse en las "guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública" del citado Ministerio que denomina dos de sus programas como "detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo" y "detección temprana de las alteraciones del embarazo".<sup>25-27</sup>

Desde esta orientación de la salud pública, por lo general se toma la crianza como un conjunto de normas y pautas de comportamiento guiados por un ideal de "crianza correcta" que, en el marco de un proceso de medicalización, pretende homogenizarla. Las acciones promovidas por los diferentes programas de salud en relación con la crianza, se han dirigido a modificar comportamientos y concepciones cuando estos no concuerdan con los conocimientos disciplinares de los técnicos, con lo que se impone una idea de buen vivir. Podría decirse que cobra preeminencia una "monocultura del saber" bajo el supuesto de que el único saber verdadero es el saber científico que posee el poder hegemónico para silenciar otras formas de

conocimiento. No se admite que los cuidadores significativos también cuentan con saberes propios y disponen de procesos para la producción, distribución y consumo de conocimientos y prácticas válidas para ellos, así como de resistencia ante las imposiciones, pues ellos también construyen su propia experiencia y vivencia de ser un cuidador significativo. Santos denomina este proceso de rechazo del conocimiento no científico como "epistemicidio" o muerte de conocimientos alternativos, lo que conlleva a un desperdicio de experiencia y, por lo tanto, al cierre de la gama de posibilidades del mundo. Este marginamiento del conocimiento de los cuidadores significativos genera una condición de indiferencia ante el otro, al que no se reconoce.<sup>6,28-30</sup>

En tal escenario, la educación responde a un método tradicional, transmisionista y coactivo, organizado con una estructura vertical, fundado en el supuesto de que el miembro del equipo de salud es quien tiene el poder para elegir lo que es legítimo y con lo cual se configura un dispositivo pedagógico basado en la imposición de significados (control simbólico). Pero los educandos no adoptan una posición pasiva y, por lo tanto, se presenta una lucha por la legitimidad de los significados. Esta lucha y las tensiones derivadas de ella se da en el marco de una violencia simbólica en la cual los agentes de salud ejercen el poder que les confiere la institución salud, la ciencia positiva y su rol de educador para delimitar (imponer) significados que reproducen las relaciones de fuerza y la distribución del capital cultural en la sociedad. Este sistema legitima un orden social y las relaciones de clase (o entre grupos) al establecer una diferenciación en relación con los destinatarios, de los cuales unos resultan legítimos (aquellos que comparten los valores culturales de los agentes de salud) y otros no (quienes poseen otros valores culturales, rotulados como "arraigos culturales" que deben corregirse o suprimirse). Por consiguiente, el sistema termina perpetuando y consagrando un privilegio cultural.<sup>31,32</sup>

En este sentido, los agentes educativos no solo imponen sus significados desde lo disciplinar sino también sus referentes culturales, porque la educación no es neutral pues responde también a concepciones ideológicas del personal técnico sobre la crianza provenientes de su propia visión, sus puntos de vista y sus valores, con todo lo cual se configura una doble arbitrariedad: el poder de imponer significados y el arbitrio cultural.<sup>7,32</sup>

Así que la salud pública anglosajona convencional hegemónica sustentada en el modelo biomédico no concibe la crianza como una categoría propia de la disciplina, pues no sería considerada como un asunto de interés público y relevante para su pensar y accionar. Esta corriente de la salud pública se encuentra limitada para dar respuesta a problemas de salud propios de una realidad social, cultural, política y económica variable y compleja, por lo que no tendría cabida abordar la crianza como "complejo histórico, sociocultural y ontológico" como lo proponemos.<sup>3</sup>

### La crianza moviliza una salud pública alternativa

Como resultado de las limitaciones encontradas en la salud pública anglosajona convencional hegemónica para asumir una perspectiva de crianza como la planteada en este artículo, es necesario promover una salud pública alternativa. *Edmundo Granda* no utilizó el término salud colectiva, sino que en sus reflexiones se refiere la mayoría de las veces a una salud pública diferente o alternativa. Con esto podría pensarse que no quiso ceder a la denominación de salud pública; de un lado, por considerarla adecuada y, de otro, para no cedérsela al campo positivista, y más bien dar la "pelea lingüística".<sup>18</sup>

Con una tendencia contrahegemónica, el movimiento latinoamericano propone un enfoque integrador en el marco de diversas corrientes críticas, que contribuye, de manera importante, a la conformación de una salud pública diferente.<sup>21</sup> Recibe influencias de la *medicina social latinoamericana*, que, a su vez, retoma aspectos de la *medicina social europea* del siglo xix para reconocer la salud como proceso político y social.<sup>33</sup> También es necesario destacar los aportes de la *salud colectiva brasileña* que, como disciplina y práctica, se mueve y se desarrolla en íntima relación con los contextos social, económico, cultural y político, y cuyo eje central es el proceso salud/enfermedad/atención,<sup>34</sup> este no es un movimiento homogéneo y en su seno también existen desencuentros epistemológicos, teóricos y políticos.<sup>18,34,35</sup>

Aun así, es posible recoger elementos valiosos de las diferentes perspectivas para construir propuestas alternativas de la salud pública en el marco de una reconfiguración teórica y epistemológica que se produce de manera constante.

Según *Granda*, la salud pública alternativa se sustenta en el siguiente trípode desde el que se configura la diferencia con la salud pública anglosajona hegemónica: a) un presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad, b) un método que integra diversas metáforas, que hace variadas hermenéuticas, incluida la científica positivista, y c) el reconocimiento de los poderes locales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado y entran en acuerdos y desacuerdos con los poderes supra- e infranacionales.<sup>20</sup>

Adecuando este trípode planteado por *Granda*, en seguida se presenta nuestra argumentación para sustentar la pertinencia de una propuesta alternativa de la salud pública que dé cabida a la crianza como fenómeno sociocultural, histórico y ontológico.

## OTRA CONCEPCIÓN DE SALUD FUNDADA EN LA VIDA

En el ámbito del movimiento latinoamericano de la salud pública, *Granda*, *Breilh*, *Franco*, *Campos* y muchos otros han planteado la salud como vida y como una realidad histórica y sociocultural.<sup>18,35-37</sup> En palabras de *Granda*, la salud "es una forma de vida autónoma y solidaria, consustancial a la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado".<sup>18</sup> El especialista, haciendo una apertura epistemológica, no restringe la *salud al campo de la ciencia, en la medida que la acerca a la cotidianidad de la vida y la comprende como "la capacidad de romper las normas impuestas para construir nuevas normas bajo los requerimientos de adaptación al cambiante mundo"*, expresión de *Canguilhem*, citado por *Granda*,<sup>18</sup>

Así, la potencia de la crianza está en promover un pensamiento más allá de la enfermedad, pues esta constituye un proceso vital que tiene relación con todas las dimensiones de la vida humana. Entonces, no es solo que la salud pública alternativa sea más pertinente para asumir la crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico, sino que esta visión de crianza demanda pensar más allá de la enfermedad, puesto que es un asunto central para la salud del sujeto y la sociedad.

## OTRA CONCEPCIÓN DE CIENCIA QUE PROMUEVA EL DIÁLOGO DE SABERES

En un mundo configurado por acontecimientos y no solo por leyes, *Granda* propone pasar de una ciencia explicativa y utilitaria a una interpretativa y, por lo tanto, que exprese una visión hermenéutica de la investigación.<sup>18</sup> Así, en una ciencia entendida como experiencia social se antepone la comprensión a las intervenciones impositivas y mecanicistas para defender un proceso intersubjetivo de carácter relacional, que lleve consigo a un logro práctico o a una práctica reflexionada.<sup>38,39</sup> En este sentido, *Breilh* habla de una ciencia responsable y política porque se pretende conocer para transformar.<sup>40</sup> De esta manera, por medio de un proceso reflexivo se permite escuchar silencios o visualizar no existencias.<sup>29</sup> Sería entonces una ciencia que reconoce al otro y su verdad, con lo cual se promueve el diálogo de saberes que propone *Freire*.<sup>41</sup>

## UNA RACIONALIDAD DIALÉCTICA QUE SUPERA DUALIDADES: EMERGENCIA DEL SUJETO

Se plantea el compromiso con la vida a través del tránsito de una razón instrumental fundada en objetos alopoiéticos —cifrados por la enfermedad y la muerte— a una de carácter autopoiético de la vida en que la salud es una producción.<sup>42</sup> Para *Granda* los seres vivos son autopoiéticos, es decir, producen sus propias normas y estructuras de autoproducción, elemento tomado de Humberto *Maturana* y *Francisco Varela*.<sup>20</sup> Por su parte, *Campos* concibe la salud como una coproducción entre un campo particular inmanente al sujeto (factores biológicos y subjetivos) y un campo universal que lo trasciende (contexto económico, sociocultural y político, institucional y organizacional, y ambiental biofísico).<sup>37</sup> La síntesis de los campos particular y universal constituye el campo de lo singular. Implica un proceso dialéctico entre las regularidades de la estructura y lo imprevisible del acontecimiento singular, con lo cual emerge el sujeto para la salud pública. De esta manera, se supera la dicotomía entre salud pública y clínica. De este modo, la salud pública alternativa no puede pensarse de ninguna manera sin el sujeto, aquel que fue “suprimido”, según *Foucault* citado por *Granda*, por lo cual este último habla de la necesidad del “retorno del actor con vida”.<sup>20</sup>

La salud pública alternativa requiere de procesos dinámicos y vitales que le permitan “interpretar y organizar propuestas de cuidado de la vida natural y social” manteniendo una praxis en continua construcción dialéctica, de ahí que la crianza constituya un eje integrador que demanda una visión de síntesis entre lo particular del sujeto y lo estructural/social, no sujeta a atomizaciones, ya que no es posible abordarla de manera fraccionada.<sup>18</sup>

## ¿POR QUÉ LA CRIANZA TAMBIÉN ES UN ASUNTO PÚBLICO?

La crianza ha soportado una continua tensión entre lo público y lo privado como consecuencia de una larga evolución de transformaciones en la historia de la infancia, que muestran diferentes configuraciones de las familias y las formas de cuidado infantil.<sup>43</sup> Con la revolución industrial inglesa del siglo XVIII, se consolidó una división tajante entre lo público y lo privado, que atribuía a lo privado (hogar, lugar cálido), entre otras, la función de la crianza, desarrollada principalmente por las mujeres (en particular, lo referente al cuidado de los niños), mientras que en lo público (trabajo, lugar frío) se situaba la responsabilidad laboral y política de los hombres, relacionada con la dimensión coactiva/colectiva, en expresión de *Bobbio*

citado por Santillán.<sup>5,44</sup> Esta dicotomía se acentuó con el proyecto de la modernidad (urbana y occidental), con lo cual se profundizó la distribución de *responsabilidades* y *obligaciones* en torno al cuidado y la educación de los niños.

Esta distinción de *lo público* y *lo privado* cobra relevancia por el impacto que ha generado en el imaginario social, la legitimación del ejercicio generalizado del poder de los hombres y la invisibilización de las mujeres y sus actividades. Las normas de libertad, igualdad y reciprocidad se detenían en las puertas del hogar; la "familia" quedó reducida al orden de *lo natural* y *lo moral*, con la idea de una separación entre lo *doméstico* y la estructura *política* de la sociedad.<sup>5</sup> De esta manera, lo referido al orden doméstico, que incluye la crianza, estuvo, hasta hace poco, fuera del alcance de la justicia.<sup>45</sup>

Esta condición dicotómica de lo público y lo privado que invisibilizaba y relegaba responsabilidades que se les habían asignado a las mujeres —como la crianza— fue cuestionada por los movimientos feministas. Benhabib,<sup>46</sup> criticó este razonamiento dualista que separa, como antagónicas, la justicia de la vida buena; la esfera pública de la justicia (histórica) de la esfera privada del hogar, la familia, el cuidado y la intimidad (ahistórica); la ley de la razón de las inclinaciones naturales; la brillantez del conocimiento de la oscuridad de las emociones; la autonomía de la crianza; la independencia del vínculo; la soberanía del ser de las relaciones con los demás. Asimismo, rechazó este razonamiento que excluye de la vida pública la relación con el cosmos, la esfera íntima doméstica familiar, la crianza, las relaciones de parentesco y de amistad, el amor y el sexo. Para Benhabib, el ámbito de lo público es siempre una lucha por la justicia.<sup>46</sup>

Por lo tanto, se precisa comprender la crianza en un escenario que supere la polarización entre lo *público* y lo *privado*, esferas que paralelamente pueden recrearse en lo cotidiano para rescatar espacios más amplios de legalización de los derechos.<sup>9</sup> Se replantea así la marginalidad de la crianza para darle la relevancia que se merece al dimensionar lo privado en estrecha relación con lo público.<sup>47</sup>

Entonces, la crianza —como producto de un tejido social complejo— no se reduce al mundo privado de la familia y de las instituciones formales; también habría que entenderla en el *mundo común* al que se refiere Arendt: en la vida misma, en el devenir de las interacciones sociales y en la cotidianidad. Sus significados se construyen en una relación intersubjetiva, dialéctica y experiencial entre lo personal-subjetivo y lo colectivo-social.<sup>47</sup>

En contraste con lo público de la crianza —pero, además de la salud pública—, Granda retoma a Manuel Castells para sustentar la necesidad de transformar este campo disciplinar en "una práctica social/multidisciplina/potencial poder en el flujo, donde el Estado es un nodo más y muy importante".<sup>20</sup> Esto no quiere decir que el Estado pierda sus obligaciones sobre la salud de la población, sino que ante la pérdida de su poder y soberanía como resultado de su transformación como *intermediador*, ya no puede decidir qué acciones de salud pública deben ser o estar presentes; es más aún: el cumplimiento de sus deberes depende de la aceptación de las fuerzas supra- y subnacionales (más allá de la esfera burocrática), idea que permite contemplar que lo público de la salud pública no puede restringirse ni tampoco excluirse de lo estatal; debe abarcar también el mundo de la vida individual y colectiva donde se forjan los poderes locales que promueven la salud y controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado. Por lo general, lo público se ha relacionado de manera antagónica con lo privado, lo que determina que lo público llegue hasta los límites de lo privado y viceversa según Vélez, citado por Molina y otros.<sup>48</sup> Sin embargo, la idea de lo público es más compleja y esta mirada la reduce, por esto resulta decisivo demandar un sentido más amplio o más acorde con nuestra posición de *lo público*.

Para trascender esa idea clásica reduccionista y entender la salud pública como la situación en la que cualquier persona tiene el derecho a *ser y vivir* con bienestar, compartimos la visión de *Rabotnikof*, quien sostiene que deben fluir en lo público elementos estatales y no estatales.<sup>48,49</sup> Por ello, en el espacio público se reivindicaría la singularidad del sujeto que hace parte de un colectivo a través del reconocimiento recíproco, el respeto por la diferencia y no en el aislamiento del ámbito privado. Sería así el lugar de expresión de la sociedad civil plural, con sus deseos, necesidades, expectativas, valores, propuestas y relaciones de fuerza.<sup>49</sup>

Teniendo en cuenta lo dicho por *Arendt*, lo público significa dos fenómenos relacionados. Por un lado, su función es iluminar los sucesos humanos al proporcionar un espacio de visibilidad en que hombres y mujeres pueden ser oídos, y revelar *quiénes son*; se comprende como lo manifiesto para la sociedad, la voz del sujeto entendido como "la comunidad de cosas, que nos une y separa, a través de relaciones que no supongan la fusión"; es decir, lo común, lo que atañe a todos.<sup>50</sup>

En este sentido, aunque se reconoce que la familia constituye un escenario esencial de la crianza, también habría que aceptar que no es su único nicho, pues demanda un escenario comunitario donde confluyan la acción de los miembros de las familias y la articulación de actores sociales e institucionales como redes de apoyo social.<sup>9</sup> En el espacio público es donde pueden atenderse intereses y necesidades que requieren tramitarse a través de organización y participación para la generación de oportunidades en las localidades concretas. Así, sin desconocer la responsabilidad del Estado en la garantía de los derechos y las condiciones necesarias para lograr crianzas satisfactorias seguras y productivas, se precisa una visión articulada entre lo estatal y lo no estatal, para lo cual se requiere desvanecer la dicotomía público/privado.<sup>6</sup>

En consonancia con lo anterior, lo público de la salud pública alternativa puede permitir que se asuma la crianza como un complejo histórico, sociocultural y ontológico. Constituye un asunto trascendental en tanto es un proceso vital que abarca todas las dimensiones de la vida humana, la familia y la sociedad en su totalidad. Corresponde a un proceso crucial para el desarrollo humano tanto de los niños como de los adultos, por lo que resulta esencial luchar para que se realice en medio de condiciones de vida digna. En efecto, se precisa situar el proceso de crianza en relación con acontecimientos sociopolíticos, económicos, culturales y técnicos.<sup>9</sup>

Atendiendo a todo lo planteado, podemos concluir que la crianza no ha sido un objeto central de la praxis en la salud pública anglosajona convencional hegemónica. Se ha argumentado que la crianza constituye un asunto trascendental para la salud del sujeto y de la sociedad a fin de reclamar por una salud pública alternativa. Abordar la salud desde la crianza demanda resignificarla como vida, como producción y como construcción cultural y social, lo que facilita la tarea a la salud pública alternativa para orientar su praxis (teoría y práctica) desde una perspectiva que supere la tradicional visión biomédica de la salud.

En este orden de ideas, la crianza —como complejo histórico, sociocultural y ontológico— y una salud pública alternativa desde una perspectiva vital integral se relacionan de manera sinérgica para promover una praxis transdisciplinar y una concepción de ciencia que reconozca las múltiples verdades y propicie el diálogo de saberes y, por lo tanto, el desarrollo de acciones más pertinentes para los sujetos y los grupos sociales.

Finalmente, el reconocimiento de la crianza como un asunto público que precisa la superación de las dicotomías sujeto/sociedad y clínica/salud pública, en el marco de una racionalidad dialéctica, impulsa una salud pública alternativa que responda a las regularidades de lo universal y a las contingencias de lo singular.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrios MA. Crianza en condiciones de exclusión, marginalidad y violencia social en el centro de Bogotá [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
2. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la primera infancia : un potente equalizador. Human Early Learning Partnership (HELP)/ Global Knowledge For Early Child Development. Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud; 2007 [citado 21 Dic 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/early\\_child\\_dev\\_ecdkn\\_es.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf)
3. Peñaranda F. La crianza como complejo histórico, sociocultural y ontológico: una aproximación sobre educación en salud. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2011;2(9):945-56.
4. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrort; 1968.
5. Santillán L. Antropología de la crianza: la producción social de "un padre responsable" en barrios populares del Gran Buenos Aires. Etnográfica. 2009;13(2):265-89.
6. Stern DN. La constelación maternal: un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Buenos Aires: Paidós; 1997.
7. Del Olmo C. ¿Dónde está mi tribu? Madrid: Clave Intelectual; 2013.
8. Peñaranda F. Hacia una comprensión de la construcción de significados sobre la crianza en el programa de crecimiento y desarrollo [tesis]. Manizales: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE; 2006.
9. Botero P, Salazar M, Torres ML. Prácticas discursivas institucionales y familiares sobre crianza en ocho OIF de Caldas. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2009;7(2):803-35.
10. Santillán L. La crianza y educación infantil como cuestión social, política y cotidiana: una etnografía en barrios populares del gran Buenos Aires. Anthropologica. 2009;27(27):47-73.

11. Aguirre E. Prácticas de crianza y pobreza. En: Aguirre E, editor. Diálogos 2. Discusiones en la psicología contemporánea. 2da ed. Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia; 2002. p. 12-24.
12. Bocanegra EM. Las prácticas de crianza entre la colonia y la independencia de Colombia: los discursos que las enuncian y las hacen visibles. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2007;5(1):1-21.
13. García LH, Salazar M. Crianza familiar en contextos margen de Cali: narrativas intergeneracionales. Ánfora. 2013;19(34):37-58.
14. Triana AN, Ávila L, Malagón A. Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2010;8(2):933-45.
15. Pulido S, Osorio JC, Peña M, Ariza DP. Pautas, creencias y prácticas de crianza relacionadas con el castigo y su transmisión generacional. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2013;11(1):245-59.
16. Santillán L. Las configuraciones sociales de la crianza en barrios populares del Gran Buenos Aires. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2010;8(2):921-32.
17. Gómez RD. La noción de "salud pública": consecuencias de la polisemia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2002;20(1):101-16.
18. Granda E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. Rev Fac Nac Salud Pública. 2008;26(Edición especial):65-90.
19. Almeida N, Silva J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva. Cuad Méd Soc. 2000;(75):5-30.
20. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. Rev Fac Nac Salud Pública. 2000;18(2):83-100.
21. Franco Á. Tendencias y teorías en salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006;24(2):119-30.
22. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
23. Foucault M. Historia de la medicalización. Educ Méd Salud. 1976;10(2):152-69.
24. Carvalho S. Saúde coletiva e promoção da saúde. Cad Saúde Pública. 2005;23(1):244-6.
25. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 del 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: Ministerio; 2007.
26. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Bogotá: Ministerio; 2000.
27. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Política Pública

Nacional de Primera Infancia. Colombia por la primera infancia. Documento Conpes Social 109. Bogotá: Ministerios e Instituto; 2007.

28. Peñaranda F. Las fuerzas sociales y el escenario comunicativo en la educación para la salud: el caso del programa de crecimiento y desarrollo. Ciênc. Saúde Colet. 2011;16(10):4023-31.

29. Santos B de S. Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (Encuentros en Buenos Aires). Buenos Aires: CLACSO; 2006.

30. Chapela C, Jarillo EC. Promoción de la salud, siete tesis del debate. Cuad Méd Soc. 2001;(79):59-69.

31. Bernstein B. Hacia una sociología del discurso pedagógico. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2000.

32. Bourdieu P, Passeron J. La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. 3ra ed. México, D. F.: Fontamara; 1998.

33. Valencia M. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011;29(1):85-93.

34. Almeida Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.

35. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

36. Franco S. Proceso vital humano, proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva. Seminario Marco Conceptual para la Formación de Profesionales de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 1993 [citado 15 May 2014];1-9. Disponible en: <http://es.calameo.com/read/00079946717e92c90bffe>

37. Campos DSG. Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

38. Ayres J. Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Rev Fac Nac Salud Pública. 2002;20(2):17.

39. Gramsci A. Introducción a la filosofía de la praxis. Barcelona: Península; 1970.

40. Breilh J. Las tres "s" de la determinación de la vida y el triángulo de la política (10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud). Seminário: Rediscutindo a questão da determinação social da saúde, Salvador (Bahía, Brasil): Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); 2010.

41. Freire P. Pacientes impacientes. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS; 2007.

42. Granda E. Salud pública e identidad. En: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La salud y la vida Volumen 1. Quito: Alames, OPS, Universidad de Cuenca; 2011. p. 111-34.

43. Badinter E, Vasallo M. ¿Existe el amor maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII al XX. Barcelona: Pomaire; 1981.
44. Molina M. Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé* (Santiago). 2006;15(2):93-103.
45. Benhabib S. El ser y el otro en la ética contemporánea. Barcelona: Gedisa; 1992.
46. Peñaranda F, Sujeto, justicia social y salud pública. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015 [citado 21 Dic 2015];20(4):987-96. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=63037095003>
47. Arendt H. La condición humana. Barcelona: Paidós; 2007.
48. Molina G, Ramírez A, Ruiz A, Muñoz IF. Marco conceptual general. En: Molina G, Ramírez A, Ruiz A, editores. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra; 2013.
49. Rabotnikof N. Lo público y sus problemas : notas para una reconsideración. *Rev Internac Filosofía Política (RIFP)*. 1993;(2):75-98.
50. Arendt H. ¿Qué es la política? Barcelona: Paidós; 1997.

Recibido: 23 de julio de 2015.

Aprobado: 25 de enero de 2016.

*Diana Paola Betancurth*. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia.  
Dirección electrónica: [diana.betancurth@ucaldas.edu.co](mailto:diana.betancurth@ucaldas.edu.co)

---

<sup>a</sup> Instituciones que auspician la investigación: Comité para el Desarrollo de la Investigación, CODI, de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) y Universidad de Caldas (Manizales, Colombia).

<sup>b</sup> Proyecto de tesis para el doctorado en Salud Pública de la Universidad de Antioquia: "La crianza en situación de injusticia grave en un asentamiento de Bello-Antioquia (Colombia): una construcción desde la salud pública" anidado en un proyecto mayor denominado " *Investigación acción sobre la crianza en el marco de un proyecto de atención primaria en salud en la vereda Granizal, Bello, 2014 – 2016*" .