

Liberación en Salud Pública: una transdisciplina emergente para dilucidar y transformar la economía de la salud pública

Autor ORCID ID:

Christopher Williams (autor principal) <https://orcid.org/0000-0001-5767-8048>

Resumen

La Liberación en Salud Pública (PHL por sus siglas en inglés) es una teoría general innovadora de la salud pública dirigida a acelerar la equidad en la salud. Este artículo proporciona una rica síntesis de tradiciones filosóficas, teorías novedosas y enfoques para establecer las bases de una nueva transdisciplina de salud pública. Los autores **argumentan que la “economía de salud pública” como único lente analítico aclara las contradicciones y tensiones que** reproducen una vasta inequidad en la salud. Escrito por una mayoría de mujeres negras, las experiencias y perspectivas de la comunidad son una fortaleza importante de este artículo porque se inspiran en experiencias de liderazgo con **temas contemporáneos.**

Los autores comienzan describiendo sus antecedentes en defensa de la salud pública y demostrando la necesidad de PHL utilizando la crisis de agua contaminada con plomo en Flint, Michigan y Washington, DC. Discuten los beneficios de la integración horizontal y vertical que amplían el discurso de salud pública para incluir a las poblaciones afectadas y que buscan oportunidades en toda la economía de salud pública. Su razonamiento filosófico y teórico reinterpreta y adopta conceptos disciplinarios en teoría política, sociología, estudios de la mujer, escritura emancipatoria afroamericana, antirracismo y psicología comunitaria para formar una visión del mundo culturalmente relevante y una tesis convincente. Surgen varias concepciones nuevas que no aparecen en otra parte de la literatura: Mirada de los esclavizados, Principio de moralidad, la liberación, la iliberación, Espacios seguros de liberación, Realismo de la salud pública y la hegemonía. Los autores utilizan sus conjeturas éticas y teóricas para guiar la práctica y la autoayuda comunitaria. La Liberación en Salud Pública presenta un gran desafío a las suposiciones sobre la eficacia de la salud pública para abordar la gran inequidad en la salud.

Autores

Christopher Williams MPH; Joy Birungi MSc; Melody Brown MPH, MHSA; James Deutsch MD, PhD; Felecia Williams PhD, MPA; P.S. Perkins MA; Patricia Bishop; Dena Walker; Ebony Moody; Rhonda Hamilton MA; y Jehan El-Bayoumi MD

Williams MPH, C., Birungi MSc, J., Brown, M. P. H., Deutsch, M. D., Williams PhD, M. P. A., Perkins MA, P. S., ... & El-Bayoumi MD, J. (2023). Public Health Liberation—An Emerging Transdiscipline to Elucidate and Transform the Public Health Economy (Martinez, L., C. Reyes, Trans.). *Advances in Clinical Medical Research and Healthcare Delivery*, 2(3), 10.

WHITE PAPER

Liberación en Salud Pública - Una transdisciplina emergente para dilucidar y transformar la economía de la salud pública

Christopher Williams*, Joy Birungi, Melody Brown, James Deutsch, Felecia Williams, Pamela P.S. Perkins, Patricia Bishop, Dena Walker, Ebony Moody,
Rhonda Hamilton, Jehan El-Bayoumi

Public Health Liberation, United States

Resumen

La Liberación en Salud Pública (PHL por sus siglas en inglés) es una teoría general innovadora de la salud pública dirigida a acelerar la equidad en la salud. Este artículo proporciona una rica síntesis de tradiciones filosóficas, teorías novedosas y enfoques para establecer las bases de una nueva transdisciplina de salud pública. Los autores argumentan que la “economía de salud pública” como único lente analítico aclara las contradicciones y tensiones que reproducen una vasta inequidad en la salud. Escrito por una mayoría de mujeres negras, las experiencias y perspectivas de la comunidad son una fortaleza importante de este artículo porque se inspiran en experiencias de liderazgo con temas contemporáneos.

Los autores comienzan describiendo sus antecedentes en defensa de la salud pública y demostrando la necesidad de PHL utilizando la crisis de agua contaminada con plomo en Flint, Michigan y Washington, DC. Discuten los beneficios de la integración horizontal y vertical que amplían el discurso de salud pública para incluir a las poblaciones afectadas y que buscan oportunidades en toda la economía de salud pública. Su razonamiento filosófico y teórico reinterpreta y adopta conceptos disciplinarios en teoría política, sociología, estudios de la mujer, escritura emancipatoria afroamericana, antirracismo y psicología comunitaria para formar una visión del mundo culturalmente relevante y una tesis convincente. Surgen varias concepciones nuevas que no aparecen en otra parte de la literatura: Mirada de los esclavizados, Principio de moralidad, la liberación, la iliberación, Espacios seguros de liberación, Realismo de la salud pública y la hegemonía. Los autores utilizan sus suposiciones éticas y teóricas para guiar la práctica y la autoayuda comunitaria. La Liberación en Salud Pública presenta un gran desafío a las suposiciones sobre la eficacia de la salud pública para abordar la gran inequidad en la salud.

La liberación en Salud Pública (PHL por sus siglas en inglés) es un enfoque innovador y multifacético del discurso y la práctica de salud pública dirigida a la transformación radical para garantizar la equidad en salud. El objetivo de este artículo es presentar los argumentos a favor de una transdisciplina de salud pública en una escala y alcance para lograr este objetivo. Este extenso marco sintetiza ricas tradiciones filosóficas y teóricas para argumentar a favor de una reconceptualización de los determinantes de la salud a través de un solo lente analítico, definido como la economía de la salud pública. PHL unifica cosmovisiones, teorías, práctica, capacitación e investigación para un enfoque convincente para dilucidar motivaciones y operaciones dentro de la economía de salud pública. Aunque se contextualiza primordialmente dentro de Estados Unidos, el PHL es universalmente aplicable. Su significativa contribución de liberación y filosofía afroamericana a la teoría de la salud pública es altamente innovadora. Esta fortaleza se deriva de la fuerte identidad cultural de los autores y de la defensa colectiva en favor de comunidades agobiadas por la violencia estructural y el trauma histórico. La narrativa sobre los acontecimientos actuales y la inclusión de voces comunitarias hace que esta discusión se relacione con los no-académicos y une el discurso académico y popular. Cabe destacar que las mujeres negras constituyen la mayoría de los autores del artículo.

En este artículo, comenzamos describiendo los trasfondo de la teoría y práctica de PHL basándonos en las experiencias de liderazgo comunitario de los autores. Luego presentamos la necesidad de PHL basada en dos estudios de caso de crisis de agua contaminada con plomo: Flint, Michigan y Washington, DC. Una discusión completa de la relación entre cada uno de los cinco componentes de PHL sigue una amplia visión general de la integración horizontal y vertical que exige la expansión de coaliciones. Los autores sintetizan teorías de amplio alcance y establecen la

centralidad de la liberación como estado de conciencia y como medio para lograr la equidad en salud. Ellos postulan un curso de acción práctico y basado en principios para las comunidades. La herencia afroamericana ocupa un lugar central en su marco filosófico y metodológico, ofreciendo varias nuevas estructuras para evaluar la ética de la investigación (“Mirada de los esclavizados”), identificar barreras psicosociales (“iliberación”), dictando cuándo actuar (“Principio de moralidad”) y contrastando PHL con antirracismo. Muchos términos aparecen en nuestro diccionario abreviado publicado anteriormente sobre “Términos de Equidad en Salud y Liberación para la Práctica”.¹

La economía de la salud pública se explica con gran detalle teórico utilizando una nueva construcción de teorías -Teoría de la Reproducción de la Inequidad en la Salud, realismo en salud pública y hegemonía- que aclara las contradicciones y tensiones en la salud pública. Las teorías proporcionan un plano a las comunidades para defender sus derechos propios efectivamente. Las secciones finales sobre praxis, investigación y capacitación de PHL apoyan aún más la necesidad de una nueva transdisciplina y muestran el trabajo de los autores en la teoría aplicada de PHL.

1. Antecedentes

La teoría y la práctica de PHL se formaron involuntariamente a partir de lo que ya estábamos haciendo en nuestras comunidades de práctica. Nuestra experiencia colectiva en la práctica de salud pública como defensores, médicos, investigadores y administradores varió considerablemente: salud comunitaria en la África rural, la salud urbana de las minorías, investigación académica, ciencias ambientales y el liderazgo político. En estos roles, hemos adquirido conocimiento de los mecanismos sociales, políticos y económicos que impulsan la inequidad estructural. Estos esfuerzos han sido invaluable porque hemos acumulado conocimientos especializados

en diversos campos que van desde la regulación ambiental hasta el financiamiento de viviendas. Nuestras habilidades analíticas han evolucionado a medida que nos hemos sumergido en este trabajo, enfocando la atención y los recursos en las causas fundamentales. Solo en los últimos cinco años, los autores han trabajado para combatir el racismo ambiental, la inseguridad alimentaria y hídrica, la devastación de la crisis del fentanilo, la mala calidad de la vivienda, el desplazamiento de vecindario al por mayor y la marginación económica. Hemos impugnado los permisos emitidos a contaminadores industriales en nuestros vecindarios, editorializado sobre una mala planificación económica, establecido nuestro propio periódico para la defensa de los derechos propios, publicado estudios de investigación por ciudadanos revisados por colegas y protestado contra el deterioro de las condiciones de vivienda pública y las políticas de desplazamiento.

Muchos autores residen y mantienen la práctica de salud pública en Washington, DC, donde existen importantes influencias estructurales que simultáneamente promueven y dificultan la salud pública. En una época de rápido crecimiento económico, la capital de la nación es la ciudad más intensamente gentrificada de Estados Unidos en el siglo XXI, lo que resulta en al menos 20 mil afroamericanos desplazados.^{2,3} Entre los hombres, la diferencia de esperanza de vida entre blancos y negros de 17.23 años fue un 399% mayor que la de los hombres blanco-negros de Estados Unidos.⁴ De igual manera, se observó una diferencia entre negros y blancos de 12.06 años para las mujeres, 482% más grande que las mujeres blanco-negras de Estados Unidos.⁴ El ahora icónico mural callejero que lleva las palabras “Black Lives Matter”, en la ciudad no refleja nuestras experiencias vividas.

Nuestros esfuerzos de promoción en ciertos dominios son efectivos, pero limitados en otras áreas, como el racismo ambiental, el desplazamiento impulsado por el gobierno, las disparidades raciales de salud, la erosión de la asequibilidad y la paridad económica. La ciudad

recientemente decidió un cambio de política para deshacer el racismo ambiental desindustrialización debido a un “influjo de residentes blancos”.⁵ Agobiados por la pobreza y los malos resultados de salud, los residentes minoritarios protestaron durante años contra la actividad industrial en su vecindario, incluso publicaron editoriales, sin ningún resultado hasta un cambio demográfico.⁶ La autoridad de vivienda presenta otra serie de desafíos para las familias con el mal mantenimiento de los edificios, la disminución del apoyo federal, el desplazamiento mayorista de vecindarios, las investigaciones de corrupción y la intensificación de la supervisión por parte del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés) de Estados Unidos.

El marco de PHL epónimo que aquí se presenta es el resultado de deliberaciones dentro de la Liberación en Salud Pública, una organización sin fines de lucro que se fundó en noviembre de 2021. Hemos mantenido reuniones quincenales para discutir los desafíos dentro de nuestras comunidades de práctica y para desarrollar los principios de PHL mientras participamos simultáneamente en la aplicación de Liberación en Salud Pública. Este manuscrito es la culminación de ocho meses de diálogo para definir los principios centrales de PHL. Es introductorio más que concluyente. Aunque gran parte de este contenido aparece en The Hub, nuestra plataforma de publicación en línea, hemos decidido publicar un manuscrito separado para presentar un marco unificado.⁷ Antes de describir nuestro marco teórico, buscamos demostrar la necesidad de PHL con dos estudios de caso de Flint, Michigan y Washington, DC.

Utilizamos frecuentemente el término “equidad en salud” en este documento. Nos basamos en las definiciones anteriores que incluyen, “oportunidad equitativa y justa para estar lo más saludable posible” y “reducir y finalmente eliminar las disparidades en la salud y sus determinantes que afectan negativamente a los grupos excluidos o marginados”, reconociendo al mismo

tiempo la falta de claridad conceptual.⁸ Nuestra definición de la equidad en salud va más allá de la “oportunidad”, porque reconocemos la poderosa fuerza de liberación, iliberación, realismo en salud pública y hegemonía, como se discutió más adelante. Más bien, la equidad en salud, como la eliminación de las disparidades en la salud por raza, ingresos, y determinantes sociales, requiere una reconciliación con la economía de salud pública. Nos interesa menos el debate sobre los límites teóricos, generalmente una distinción sin diferencia desde nuestro punto de vista. La mayor importancia es entender qué tiene “atascada” la equidad en salud en primer lugar. En otras palabras, el contexto importa. Los efectos acumulativos de la reproducción de inequidad menos notable en la salud son los temas de este documento. Sólo a través de condiciones cambiantes basadas en una teoría general de la economía de la salud pública se puede lograr la equidad en salud.

2. La necesidad de PHL: las lecciones de Flint, Michigan y Washington, DC

La crisis de plomo en Flint, Michigan, demuestra la necesidad de Liberación en salud pública. Es nuestro entender, que no se solicitó una orden judicial para evitar el cambio al río Flint. De ser concedida, una solicitud para prohibir el cambio podría haber evitado la crisis de salud pública que afectó desproporcionadamente a los afroamericanos al mismo tiempo exigir que el gobierno de Flint y el estado de Michigan divulgaran más información, incluido su plan para no tratar adecuadamente el agua del río Flint, a través de un proceso de descubrimiento. Habría implicado que el gobierno de Flint pagara para extender su contrato con otra autoridad del agua hasta que se pudiera poner en marcha un plan adecuado. Esta visión legal es precisamente la transformación proactiva de la salud pública que PHL visualiza. De hecho, hay casi 3000 vecindarios estadounidenses con tasas de envenenamiento por plomo al menos dos veces más altas que durante

el pico de la crisis de plomo de Flint que ahora debería ser el foco de una transformación de salud pública.⁹

La crisis del agua de Flint no fue el único caso importante de racismo ambiental debido a un fracaso abyecto en la política de autoridad hídrica. Las comunidades negras en Washington, DC también sufrieron una crisis de plomo a principios de la década de 2000 que fue “20 a 30 veces más grande” que la de Flint.¹⁰ Cristalizó injusticias entrelazadas que implicaban a la Autoridad de Agua y Alcantarillado de Washington y a los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. “Los Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos llegaron a la ciudad y escribieron un informe falsificado que literalmente afirmaba que ni un solo hombre, mujer o niño en D.C. tenía evidencia de que alguno de ellos tuviera plomo en la sangre elevado por encima del nivel de preocupación del CDC”, según el ingeniero ambiental de Virginia Tech Marc Edwards.¹⁰ Una investigación realizada por la Cámara de Representantes de Estados Unidos encontró que CDC hizo “afirmaciones científicamente indefendibles”.¹¹ PHL llama la atención sobre la economía de salud pública por esta razón. Estas crisis ilustran la necesidad de una sola disciplina para reflejar este medio y para llevar a cabo la visión de PHL. Las crisis del agua contaminada se encuentran entre toda una serie de desafíos económicos, políticos y sociales que ameritan atención e intervención de la salud pública.

3. Teoría y práctica de la Liberación en Salud Pública: una introducción

3.1 Definiendo la economía de la salud pública

La Liberación en Salud Pública es consistente con un enfoque transdisciplinario porque busca una “teoría homogeneizada” o teoría general con “interpenetración mutua de epistemologías disciplinarias”, a diferencia de un método interdisciplinario que se detiene antes de una teoría

general.¹² Estas interdependencias de teorías y praxis se harán evidentes a medida que se desarrolle nuestra discusión. Comenzamos introduciendo un concepto fundamental en la teoría y práctica de PHL: la economía de la salud pública.

La economía de la salud pública puede entenderse como las interacciones y la totalidad de los impulsores económicos, políticos y sociales que impactan la salud y el bienestar de nuestras comunidades. Se refiere a la relación e interacción entre todos los agentes o clases de agentes en la operacionalización y reproducción de la inequidad en salud. Asume un perpetuo estado de competencia por los recursos y el poder en el que chocan las moralidades y el interés propio. El objetivo de la definición de este concepto es iluminar el dinamismo económico de la salud pública, lo que requiere fusionar conceptual y metodológicamente todos los aspectos de la economía de la salud pública en una disciplina coherente. Postulamos que este enfoque es probablemente una “vía de puerta trasera” más eficaz que va más allá de la salud pública tradicional, ya que implica intervenciones concurrentes en múltiples niveles en diferentes campos. Discutimos muchos ejemplos a lo largo de este documento. A través de la vigilancia continua de la economía de la salud pública, permite a los profesionales de PHL identificar oportunidades para interrumpir el daño y obtener rápidamente recursos para la intervención legal, social y política. Como se discutió más adelante, la economía de la salud pública se sitúa dentro de nuestra filosofía de liberación. Las vías para acelerar la equidad en salud son bastante limitadas a falta de un cambio a la PHL porque es el estado actual, caracterizado por la anarquía y la fragmentación, el que es reproductivo de la inequidad en salud.

De inmediato reconocimos que la economía de la salud pública carecía de orden. De hecho, es la anarquía dentro de la economía de salud pública lo que aclara las tensiones y contradicciones con las que nos encontramos. La anarquía se

refiere a la ausencia aparente o demostrable de una autoridad gobernante o principios centrales de los que derivan las acciones en la economía de la salud pública. Esto explica los enigmas que vemos en nuestras propias comunidades de práctica. Como discutimos con nuestras experiencias en Washington, DC, persisten vastas y profundas disparidades económicas y de salud racial en medio de abundantes recursos.

Tomamos prestado del concepto de economía política, que es el estudio de las relaciones entre los individuos y la sociedad y los vínculos entre los sistemas económicos y políticos. Reconocemos el trabajo de Soheir Morsy, quien fue el primero en pedir perspectivas políticas y económicas en la antropología médica hace más de 40 años, “socava los enfoques idealistas, reduccionistas y dualistas para el estudio de la salud y la enfermedad... Alternativamente, sugiere que el análisis de los sistemas de salud requiere su colocación en su entorno político-económico más amplio”.¹³

No pretendemos que la economía de la salud pública sea un constructo novedoso en términos generales, solo que nosotros somos los que le damos este nombre, basado en varios artículos escritos en inglés. De hecho, existe una constelación de construcciones que están más o menos conceptualmente conectadas: vulnerabilidad estructural, determinantes sociales, políticos y económicos, violencia estructural, materialización, asesinato social, asesinato político, etc. En su trabajo de 1845, *La Condición de la Clase Obrera*, Friedrich Engels acuñó el término “asesinato social” para describir el papel de la sociedad en “situando a cientos de proletarios en una posición tal que inevitablemente se encuentran con una muerte demasiado temprana y no natural”¹⁴. Sin embargo, estos términos tienen varios inconvenientes. En primer lugar, no están unificados bajo un solo marco disciplinario. Algunos términos son más comunes en ciertas especialidades como la “violencia estructural” en antropología. El área de énfasis también difiere. Las ciencias físicas como la salud pública tienden a

enfocarse en el funcionamiento de la teoría, las pruebas psicométricas y la inferencia causal. En segundo lugar, el discurso y la investigación sobre los determinantes de la salud describen fuentes de inequidad hasta la saciedad y en gran medida reflejan lo que nosotros y nuestras comunidades ya sabemos. El ingreso predice la salud. La segregación residencial exacerba la falta de acceso a los recursos. La raza y el racismo juegan un papel en la explicación de las disparidades de salud.

Una tercera desventaja importante es que nuestra investigación sugiere fuertemente un sesgo en la literatura hacia una comprensión desracializada y deshistoricizada de muchos de estos términos. Por ejemplo, la vulnerabilidad estructural y la violencia no han examinado las raíces históricas de la inequidad en salud. A pesar de los claros precedentes en los casi 250 años de historia de Estados Unidos (por ejemplo, esclavitud, violencia contra los indios americanos, violencia contra las mujeres), la vulnerabilidad estructural solo apareció ampliamente en la lengua vernácula académica recientemente. 189 de 215 (88%) estudios sobre “vulnerabilidad estructural” se encuentran dentro de los últimos diez años basados en una búsqueda en PubMed en mayo de 2022. Una búsqueda en el Centro de Biblioteca de Computación en Línea (OCLC) arrojó resultados similares, 1593/2355 o 68%.

Una búsqueda en PubMed de “violencia estructural” y “esclavitud” realizada el 1 de mayo de 2022, dio resultado de dos artículos, solo uno discutió la esclavitud en los Estados Unidos. Una búsqueda de “vulnerabilidad estructural” y “esclavitud” no arrojó resultados de búsqueda. Se encontraron hallazgos similares usando “vulnerabilidad estructural” o “violencia estructural” y “esclavitud estadounidense” en búsquedas de OCLC, 8 y 0 resultados respectivamente. Una búsqueda en PubMed de “violencia estructural” y “racismo” realizada el 1 de mayo de 2022, resultó en 41 artículos basados en texto de resumen, el 11% de todos los artículos sobre violencia

estructural. Una búsqueda de “vulnerabilidad estructural” y “racismo” arrojó 9 resultados, todos en los últimos 7 años y el 4% de todos los artículos en general. Aunque no fuimos exhaustivos en nuestra búsqueda y no realizamos análisis confirmatorios del contenido de los artículos, los resultados preliminares no son favorables a la filosofía de PHL.

Basandonos en el supuesto de la no neutralidad, no podemos suponer que los escritores sobre vulnerabilidad estructural, violencia estructural y otros constructos estén desprovistos de valores, creencias y visiones de mundo que se manifiestan en la investigación y la práctica en salud pública.¹⁵ PHL utiliza la economía de salud pública para establecernos como surgiendo de diferentes motivaciones, historias y perspectivas y hacia una agenda de salud pública más inclusiva. La investigación futura delineará los límites teóricos y prácticos de la economía de la salud pública.

3.2. PHL como una integración horizontal y vertical

Para comprender mejor la naturaleza de los cambios en la economía de salud pública que se necesitan, examinamos tanto la integración horizontal como la vertical. La integración horizontal busca crear una eficaz representación e influencia de las poblaciones afectadas y marginadas en el establecimiento de agendas y prácticas de salud pública. Se reconoce que los altos costos de membresía y conferencias para las organizaciones de salud pública han erigido, en efecto, barreras para la plena participación de las comunidades vulnerables. Encontramos que aquellos cuyas condiciones de salud y sociales son supuestamente de inmensa preocupación en investigación y política han sido sistemáticamente excluidos del discurso público y la plena participación, especialmente entre las principales instituciones de salud y la salud pública académica. Estas comunidades a menudo solo son involucradas al momento de la investigación.^{16,17} Cabe señalar que los líderes residentes de viviendas públicas

ayudaron a escribir y a revisar este manuscrito y desempeñan un papel central en nuestra organización sin fines de lucro. PHL implora a las organizaciones que permitan la influencia comunitaria y el intercambio de perspectivas dentro de las deliberaciones internas sobre un curso de acción propuesto. La integración horizontal en este sentido es necesaria porque las fuentes de anarquía en la economía de la salud pública derivan de la iliberación, la competencia feroz y la búsqueda del hiperinterés propio.

Otro aspecto clave es que las comunidades no necesitan confiar en aplacar a estas organizaciones para integrarlas como voces independientes e influyentes. Como discutimos más adelante sobre la liberación, la representación efectiva puede y debe surgir desde dentro. Este es el enfoque de la organización sin fines de lucro PHL. Discutimos varias teorías que cuestionan si la primera estrategia puede funcionar en interés de las comunidades vulnerables. Nuestra teoría sobre la filosofía de liberación explica los beneficios cuando las comunidades de práctica se forman por parentesco y la confianza mutua. De hecho, se prefiere la integración social de tal manera que los miembros de una comunidad de práctica compartan un espacio físico y social común. Solo cuando los practicantes de PHL pueden confiar en el conocimiento empírico y el intercambio comunitario, que pueden describir con precisión la economía de la salud pública y aplicar técnicas de praxis. PHL evita la salud pública distanciada, que puede ocurrir a través de la alienación del investigador “objetivo” de una comunidad de práctica en lugar de participar de manera no instrumental en la promoción de una agenda de salud pública inclusiva. La integración espacial que une a comunidades en situaciones similares en áreas geográficas es un componente de la integración horizontal, aunque PHL enfatiza que gran parte del trabajo aplicado debe ocurrir entre las poblaciones locales porque ahí es donde la reproducción de inequidad en salud puede interrumpirse más fácilmente

dentro del locus de control para las comunidades.

La integración vertical amplía la escala y alcance de la agenda de salud pública. Primero propone que toda la economía de salud pública se convierta en la base científica, social y política para la indagación e intervención. Se convierte en un mayor monitoreo y capacidad de respuesta a la actividad en toda la economía de salud pública y necesariamente requiere experiencia en la materia, demanda cognitiva, participación de la comunidad y fuertes lazos sociales para actuar en diferentes ámbitos. Es proactivo, anticipatorio de daños y busca oportunidades para atenuar o eliminar la inequidad en la salud a través de cambios incrementales, moderados o radicales.

Deseamos dar un ejemplo de integración vertical en la práctica. El fundador de PHL (CW), un investigador capacitado en salud pública, y colegas criticaron las políticas económicas y de vivienda en Washington, DC como parte de una campaña más amplia para movilizar a las comunidades contra la injusta planificación económica y vecinal. Editorializaron en el Washington Post, “La principal política fallida es que construir más densidad residencial a precio de mercado dará como resultado unidades de reemplazo adecuadas y asequibles... El programa de zonificación inclusiva de nuestra ciudad ha producido solo 1000 unidades en la última década porque normalmente solo del 8 al 20 por ciento de las nuevas unidades se reservan como “asequibles”. Además, los funcionarios han señalado la asequibilidad como ingresos del área media, aproximadamente \$1500 mensuales para un estudio, tarifas fuera del alcance de la mayoría de los trabajadores, y mucho menos los pobres” .¹⁸ A pesar de no tener una capacitación formal en economía, habían construido una sólida base de conocimiento a través del trabajo de coalición.

En términos generales, la integración aumentaría el orden en una economía de salud pública por lo demás anárquica. PB, un autor de manuscrito, señaló que la integración vertical se

traduce como decirle a la gente cómo hacer el trabajo por el que se les paga. Mucho de la integración vertical está interrelacionándose con los funcionarios electos y públicos que luchan por tomar decisiones éticas que afectan a nuestras comunidades de práctica.

3.3. Debilidades en el paradigma de la salud pública y los beneficios de la integración

Para acelerar la equidad en salud, es vital cambiar hacia la integración horizontal y vertical en salud pública debido a los inconvenientes en el paradigma actual de salud pública. La salud pública aún no ha evolucionado una transdisciplina capaz de 1) crear una teoría que explique las persistentes disparidades de salud, 2) establecer técnicas consistentes para responder a la complejidad de las influencias económicas, políticas y sociales en la economía de la salud pública, 3) situar centralmente la liberación en la que las poblaciones afectadas tengan una voz efectiva en la configuración de la agenda de salud pública, 4) apoyar una empresa de investigación ágil y receptiva a las necesidades de la comunidad, y 5) reconocer los inconvenientes del paradigma de investigación básica sobre un enfoque polifacético o estructural que despliega recursos de manera rápida y eficiente para lograr ganancias en la equidad en salud.

Además, la economía de la salud pública es anárquica, es decir, altamente fragmentada y discordante donde las prioridades y conductas en un área suelen ser independientes o incompatibles con otra. Los marcos legales y regulatorios en esta o aquella industria no son suficientes para establecer que el orden existe ampliamente en toda la economía de la salud pública. No lo hace. La politización y la negación dominante de la pandemia de Covid-19 en los más altos niveles de gobierno son prueba suficiente. Las campañas antivacunas y anticientíficas, respaldadas por actividades políticas y económicas (por ejemplo, prohibir los mandatos locales de mascarillas, vender falsas curas), son ilustrativas de la

anarquía en la economía de salud pública.

Incluso dentro de una misma organización, puede ser difícil encontrar consistencia interna en todos los asuntos internos en temas de equidad en salud. Por ejemplo, las disparidades de salud pueden ser una prioridad estratégica para la cual las organizaciones reciben fondos para estudiar, pero esas organizaciones pueden carecer de vínculos o intenciones demostrables para participación política y comunitaria. Los gobiernos son otra preocupación. Anteriormente describimos nuestra lucha para hacer frente a políticas conflictivas en Washington, DC. Incluso luchamos por dar sentido a la falta de coordinación dentro de las agencias gubernamentales de salud pública y entre las organizaciones sin fines de lucro, la industria, los investigadores y el gobierno. En general, la economía de salud pública es anárquica, ineficiente, fragmentada y reproductiva del status quo en el que se normaliza un gran inequidad, particularmente por ingresos y raza. PHL propone una especialidad de salud pública más eficiente que creemos tendrá ahorros de costos y producirá mayores ganancias en equidad en salud. Las investigaciones futuras sobre economías de escala deberían evaluar las ventajas de este modelo.

Los beneficios de la integración horizontal y vertical impactan todas las facetas de la agenda de salud pública en la investigación, la innovación y la rendición de cuentas. Los cambios en los factores contextuales dentro de la economía de salud pública tienen importantes implicaciones para la generalización y reproducibilidad de la investigación. La investigación de equidad en salud es valiosa en la medida en que los estudios pueden reproducirse y pueden suponer que las variables no medidas, incluyendo las influencias externas, no confunden el estudio.¹²

La redundancia en la investigación, el alejamiento de las comunidades y la formulación de políticas, y la falta de métodos analíticos sólidos para evaluar las intervenciones multinivel son comunes.^{20,21} En segundo

lugar, esperamos que el estudio de la economía de la salud pública catalice la innovación transformadora en la construcción de teorías, capacitación y desarrollo de habilidades, metodologías y la práctica de salud pública. Aprovechar la vasta riqueza de datos públicos y propietarios para visualizar y pronosticar tendencias en la economía de la salud pública es un objetivo que vale la pena. En tercer lugar, el beneficio de ampliar el alcance de la salud pública para incluir la economía de la salud pública mejoraría la colaboración y la rendición de cuentas a la vez que se reduciría la redundancia en la salud pública. Por último, la integración horizontal y vertical en términos de un cambio disciplinario obligaría a una mayor convergencia en torno a un lenguaje común y democratizaría los conocimientos y habilidades porque los especialistas necesitarían comunicarse efectivamente con los no expertos.

4. Cinco componentes de la Liberación de Salud Pública

Incluso si logramos la integración horizontal y vertical, no hay garantía de que una reorganización de los agentes dentro de la economía de salud pública produzca resultados diferentes. Dado el desequilibrio de la experiencia técnica, recursos e influencia entre los agentes, son evidentes varios riesgos. En primer lugar, el discurso y las acciones de los agentes pueden confundir a las comunidades a creer que tienen representación y voz efectivas y que tienen un aliado dispuesto a perseguir la plena integración horizontal y vertical. Sólo tardíamente podría una comunidad darse cuenta de que no están mejor que antes de que se formara una coalición. Segundo, es posible que los agentes no vean a las comunidades como iguales. Pueden explotar las diferencias en el conocimiento y recursos para enmarcar la discusión en ventaja e interés propio de los agentes que atribuimos al realismo de la salud pública y a la teoría hegemónica. Además, la liberación no es un enfoque común en la salud pública, donde los beneficios de las ganancias de

conocimiento, la investigación, la construcción de capital social y la distribución de recursos principalmente se dirigen a la comunidad.

La integración vertical y horizontal requiere muchas más barreras de protección para trabajar de manera efectiva y acelerar la equidad en salud. Una alineación de la filosofía, teoría, capacitación, práctica y la investigación a lo largo de un eje central forma un enfoque internamente consistente, eficiente y ágil. Además, necesitamos una teoría general que explique las motivaciones y la conducta de todos los agentes. Los cinco componentes de PHL (filosofía, teorías, praxis, investigación y capacitación) abordan lo que más se necesita en el orden de la economía de la salud pública. Si bien es probable que el desorden siga siendo la dinámica general de la economía de salud pública, su realización más plena dentro de las comunidades de práctica significará activismo y rendición de cuentas en muchos más espacios y en todos los niveles de la economía.

Para lograr la equidad en salud, PHL postula que los valores y creencias compartidos (filosofía) deberían ampliar nuestra comprensión de los factores causales (teorías) y maximizar la variedad de herramientas y soluciones (praxis), para incluir la recolección de datos (investigación) y el desarrollo comunitario y estudiantil (capacitación). El PHL se asemeja a una disciplina “pluripotente” rica teóricamente, técnicamente adaptativa y socialmente inmersa. Los practicantes son conocedores de teorías y visiones de mundo de amplio alcance necesarias para explicar y afectar el contexto que reproduce la inequidad en salud. En la práctica, los profesionales de PHL pueden aplicar habilidades en derecho, apelaciones regulatorias, cabildeo, análisis de políticas, redacción legislativa, organización comunitaria, capacitación, investigación dentro de las limitaciones del mundo real, medios de comunicación y artes performativas, toma de historia comunitaria, preservación y regeneración cultural, religión/fe, relaciones comunitarias, trabajo clínico, periodismo e identificación de

oportunidades ad hoc para la participación e intervención comunitaria. Ahora discutimos cada uno de los principios centrales de PHL.

4.1. Principio central I: Filosofía de Liberación en Salud Pública

La filosofía PHL representa una construcción cargada de valores, un estado elevado de conciencia, una orientación social y una forma de vida que guía la evaluación crítica y el juicio. Deriva valores y visones de mundo de diversas tradiciones filosóficas, emancipatorias y religiosas que proporcionan claridad conceptual y orientación ética para realizar el desarrollo humano idealizado y la salud. También innova, incluso define nuevas palabras en el idioma inglés, para conocer los problemas que acosan a nuestras comunidades de práctica y actuar de acuerdo con el juicio y los principios morales. Debido a las limitaciones de espacio, no podemos explicar completamente todas las tradiciones y su influencia en nuestra filosofía. Es suficiente decir que nuestros miembros aportan diversas perspectivas y ricas experiencias que se inspiran en enseñanzas bíblicas y religiosas, libertades y derechos constitucionales, teoría política, filosofía, derechos humanos, filosofía no hegemónica (por ejemplo, trauma histórico, teoría crítica racial, teoría feminista, teoría queer), ciencias sociales y médicas, teoría de la comunicación y escrituras y discursos históricos de movimientos de justicia social que incluyen antiesclavitud, pensamiento crítico indio americano, derechos civiles, derechos de las mujeres, liberación gay, derechos laborales, y otro activismo social, tanto nacional como local. Vamos a discutir brevemente varias tradiciones.

4.1.1. Facciones madisonianas

Para ilustrar la influencia de la teoría política, James Madison advirtió en El Federalista No. 10 en 1787 sobre el faccionalismo como una amenaza inherente a la sociedad: “Las causas

latentes de la facción se siembran así en la naturaleza del hombre; y las vemos en todas partes traídas a diferentes grados de actividad, según las distintas circunstancias de la sociedad civil... han inflamado con animosidad mutua y los han vuelto más dispuestos a irritarse y oprimirse entre sí que a colaborar por su bien común”²². Madison esclavizó a los afroamericanos a lo largo de su vida, lo que afecta nuestra visión de su juicio y moralidad. Sin embargo, su teoría sobre las facciones no sólo es un argumento moral contra la esclavitud misma, sino que también está demostrada por acontecimientos políticos y sociales que han trascendido en la historia de los Estados Unidos. La insurrección del 6 de enero es precisamente el tipo de violencia en el presagio de Madison. Hemos teorizado que la economía de salud pública no obtenido una evaluación crítica madisoniana y puede entenderse como una competencia de “facciones” de salud pública. La [Tabla 1](#) proporciona una lista no exhaustiva de facciones en la economía de salud pública. Aplicamos su teoría sobre el faccionalismo, junto con una interpretación original de una teoría sobre el orden, para postular el realismo de la salud pública, que aparece más adelante en nuestra discusión.

4.1.2. Funcionamiento Social

La teoría sociológica sobre el funcionamiento estructural, particularmente el paradigma AGIL de Talcott Parsons (abreviatura de “adaptation, goal-attainment, integration, and latent pattern maintenance” o en español: “Adaptación, Logro de metas, Integración y Mantenimiento de patrones latentes”), nos ayuda a entender cómo y por qué las comunidades se adaptan al entorno (o hacen que ese ambiente se adapte a él), persigan la búsqueda de metas y mantener normas, valores o cultura institucionalizada.^{23,24} La interrupción de estas funciones es un objetivo de PHL. Consideramos el funcionamiento estructural más como una filosofía que una teoría considerando que no ha mostrado mucha verificabilidad en la literatura.²⁵ Ha ayudado a enmarcar

conceptualmente la defensa de varios autores. Establecieron su propio periódico vecinal para desalentar la aquiescencia (mal adaptación) a una economía de desplazamiento y fueron anfitriones de una serie de charlas comunitarias que afectaron las normas o percepciones (mantenimiento latente). Esto condujo al establecimiento de un nuevo grupo comunitario (integración) que se involucró con los funcionarios públicos en la política de vivienda (logro de metas).

Tabla 1. Lista preliminar no exhaustiva de "facciones" de salud pública.

| | |
|--|---|
| • Hospitales | • Desarrolladores y propietarios de viviendas que suministran y mantienen viviendas |
| • Proveedores de atención médica | • Grandes desarrolladores de sitios comerciales |
| • Salud pública académica | • Propietarios de pequeñas empresas |
| • Sector sin fines de lucro | • Autoridades de Agua |
| • Partidos políticos | • Autoridades de vivienda |
| • Contaminadores industriales | • Administradores de desarrollo de la fuerza laboral |
| • Grupos de defensa comunitaria | • Ejecutores de códigos de vivienda y estándares de calidad |
| • Grupos comunitarios informales y no organizados | • Distribuidores de subvenciones y apoyos comunitarios de salud |
| • Profesiones de salud independientes certificadas | • Funcionarios electos: locales, estatales y federales |
| • Profesionales de la salud no certificados | • Reguladores: locales, estatales y federales |
| • Planificadores económicos de la ciudad y el estado | • Departamentos de salud |
| • Grupos empresariales público-privados | • Fabricantes de armas |
| • Empleadores | • Propietarios de armas o alguien que toma el control de un arma |
| • Agricultores y ganaderos | |
| • Fabricantes de "Productos alimenticios" | |
| • Distribuidores de fondos públicos y privados para investigación en salud | |

4.1.3. Praxis

Además, Liberación en Salud Pública avanza la noción de "praxis", que se refiere a cualquier hecho que involucre la actividad humana.²⁶ De las tres formas estándar de definir praxis según Joel Wainwright, PHL se alinearía con dos, tanto una "unidad de teoría y actividad práctica" como una "práctica transformadora (revolutionare Praxis)".²⁶ PHL busca una transformación radical de

la salud pública porque la urgencia de la inequidad en salud lo justifica. Estamos lejos de ser las únicas voces contemporáneas. La vasta inequidad en salud es "constitucionalmente inconsistente, moralmente indefendible, políticamente insensible y económicamente demente", según el Rev. Dr. William J. Barber II, Copresidente de la Campaña de los Pobres.²⁷ Se busca una "Tercera Reconstrucción" para establecer un nuevo orden social en EU a escala de la Primera Reconstrucción (1865 a 1877) y Segunda Reconstrucción (1946 a 1963).²⁸ PHL discutió recientemente la intersección de los objetivos de la praxis contra la pobreza y salud pública de la Campaña de los Pobres y su intersección con PHL en The Hub, nuestra plataforma de publicación.²⁷

4.1.4. El rol especial de las mujeres

Una perspectiva filosófica final que compartiremos antes de discutir liberación es el papel especial de las mujeres para lograr los objetivos de PHL. En nuestra experiencia comunitaria, las mujeres están constantemente sobrerrepresentadas en los espacios comunitarios de salud. Tres autoras (RH, PB, DW) son mujeres, presidentas electas de consejos de vivienda pública. De hecho, forman parte de un cuerpo de liderazgo en los consejos de vivienda pública en Washington, DC que es abrumadoramente mujeres. RH y PB han encabezado la defensa en vivienda y calidad ambiental. Ambas han publicado editoriales, más recientemente en el Washington Post y Southwest Voice. Las mujeres son vitales para acelerar la equidad en salud. Su liderazgo, perspectivas y experiencias son importantes y deben ser apoyadas a través de alianzas sólidas. Apoyar una agenda de equidad en salud a la PHL es, en efecto, apoyar a las mujeres y comunidades más saludables.

Esto no es encasillamiento ni normalización de género. Más bien, es un reconocimiento de que mujeres y hombres, al menos en nuestras experiencias colectivas, a veces pueden ocupar diferentes espacios sociales. En 1897, la sufragista y activista Mary

Church Terrell lo reconoció en su discurso presidencial inaugural para la Asociación Nacional de Mujeres de Color (NACW o National Association of Colored Women), “Se ha puesto especial énfasis en que nuestra asociación está compuesta por mujeres, no porque queramos negar derechos y privilegios a nuestros hermanos..., sino porque el trabajo que esperamos lograr se puede hacer mejor, por las madres, esposas, hijas y hermanas de nuestra raza...”.²⁹ Encontramos que esta afirmación se sostiene más de un siglo después.

La Organización Mundial de la Salud ha vinculado la salud de las mujeres a una economía vibrante en África, “Debido a que las mujeres son la fuente dominante de mano de obra agrícola en la Región, y el pilar de la economía de África en su conjunto, invertir en su salud generaría ganancias económicas significativas”.³⁰ Podemos decir lo mismo para las mujeres de nuestras comunidades de práctica. Dados sus roles comunitarios en temas de salud, económicos, de vivienda y sociales, las mujeres deben ser el eje alrededor del cual crear una transformación radical de la salud pública. Autora del manuscrito y presidenta electa de una comunidad de vivienda pública, PB subraya la inmensa presión que sufren las mujeres líderes afroamericanas como ella, al tener que cuidar la salud de su propia familia y sus inquilinos. Ella desafía las percepciones comunes que culpan a los malos resultados de salud entre las poblaciones de bajos ingresos solo a los comportamientos debido a sus experiencias comunitarias con condiciones ambientales y de vivienda que involucran moho tóxico, plomo, asbesto, desplazamiento de residentes y racismo ambiental de la actividad industrial cercana. Su autoridad local de vivienda ha tenido recientemente múltiples investigaciones, acciones legales por parte del fiscal general e informes de mala gestión fiscal. Ella no cree que exista la vivienda justa e igualitaria.

El maltrato a las mujeres líderes, especialmente a las mujeres afroamericanas, y sus comunidades se

entiende mejor como re-traumatización considerando los legados del trauma histórico contra las mujeres, los afroamericanos y los pobres. Las mujeres tienen la clave para realizar los objetivos de la teoría y la práctica de PHL para acelerar la equidad en salud, ese es un principio central de PHL.

4.1.5. Trauma histórico

El trauma histórico es un determinante social de la salud, definido como los efectos físicos, emocionales y psicológicos residuales de las lesiones intergeneracionales.³¹ A diferencia del estrés postraumático individual, el trauma histórico son las “experiencias históricas compartidas adversas”.³² El término se distingue del estrés postraumático individual o experiencias adversas de la infancia, representando traumas colectivos, como la esclavitud, la colonización y la migración forzada. El trauma histórico se manifiesta en el lenguaje y la cultura (o su pérdida), el entorno construido, los patrones residenciales, la producción económica, las actitudes, los comportamientos, las normas sociales y los determinantes políticos y económicos de la salud. Como mujeres, descendientes de familias esclavizadas y apartheid, y minorías sexuales, las autoras tienen legados de trauma histórico. JD explicó que como profesional de la salud mental que trabaja con familias que han experimentado dislocación y trauma transgeneracional, siempre se regresa a la historia individual. Las barreras del lenguaje, la cultura y la generación ceden gradualmente a una forma de comprensión mutua y empática, afin a la experiencia del lector con lo mejor de la historia escrita y oral.

La recuperación del trauma histórico sigue siendo una necesidad apremiante de salud pública, empeorada por las formas contemporáneas de trauma (por ejemplo, rescindir los derechos reproductivos, el desplazamiento, la discriminación, los tiroteos involucrados con la policía, el racismo ambiental). Estas formas actuales, a su vez, se manifiestan como trauma histórico. La liberación y la

regeneración cultural proporcionan un camino para superar el trauma estratificada debido al impacto del pasado en la salud personal y comunitaria.

4.1.6. La filosofía de liberación afroamericana y la economía de salud pública

De acuerdo con nuestra postura de liberación, cada comunidad de práctica debe estar libre de restricciones para definir principios filosóficos relevantes basados en valores y creencias compartidos. Esta discusión sobre la filosofía de liberación afroamericana es nuestra manera de conectar los principios morales con la práctica de la salud pública. Nos inspiramos para PHL en la historia, cultura y religión afroamericana. Nuestra rica herencia nos ha mostrado la manera de lograr la liberación en nuestro propio tiempo. Tenemos la responsabilidad social de llevar adelante los legados de innumerables líderes como Fannie Lou Hamer, Dr. Martin Luther King, James Baldwin, Bayard Rustin, John Lewis, Mary Church Terrell, Ida B. Wells-Barnett, entre muchos otros. Algunos de nuestros autores fueron niños pequeños durante el apogeo del Movimiento por los Derechos Civiles, lo que dio forma a su compromiso de por vida con la justicia comunitaria y social. Seleccionamos de la inmensidad de nuestras historias y culturas, para que podamos estar espiritualmente completos - manteniéndonos firmes y confiados en nuestra humanidad conectando el pasado con el presente. Se nos dice en Romanos 12:2: "No te conformes a este mundo, más bien transfórmate por la renovación de tu mente, para que por medio de la prueba puedas discernir cuál es la voluntad de Dios, lo que es bueno, aceptable y perfecto".³³ Nuestro manuscrito refleja la separación que debemos tener - una posición crítica con las creencias asimilativas, las teorías extraviadas y las políticas perjudiciales. Si bien es posible que nuestra discusión no se aplique a todas las comunidades, creemos que proporciona un modelo invaluable para una filosofía culturalmente relevante.

El argumento moral para una conceptualización de la economía de salud pública y la liberación también se

puede encontrar en escritos emancipatorios. Frederick Douglass dijo en su ahora famoso discurso de "Emancipación de la India Occidental" en 1857: "Es inútil y cruel poner a un hombre en sus rodillas, si al momento siguiente su cabeza va a ser impactada contra un bordillo".³⁴ Esto concuerda con conciliar las contradicciones de la economía de la salud pública. Invertir recursos en un aspecto de la salud pública basado en resultados anticipados puede carecer de fundamento si otros determinantes de la salud claramente socavan esos supuestos. Observamos que esta fenomenología Douglassiana es tan común que es una causa raíz de la reproducción de la inequidad en la salud, especialmente para los afroamericanos. La falla en abordar los abismos de larga duración en la equidad racial en salud se explica por las contradicciones y tensiones internas de la economía de la salud pública.

Abogar por la justicia racial es una lucha Douglassiana contra el trauma histórico. Reconocer y recuperarse del legado del trauma histórico sigue siendo un tema de salud pública sobresaliente y una importante piedra angular filosófica de nuestro trabajo. Consistente con nuestra postura liberadora, recuperarnos del trauma histórico requiere necesariamente: 1) reformular una narrativa histórica deshegemonizada, 2) descubrir historias y cultura no contadas, 3) buscar restaurar la individualidad y el colectivo en el presente a través de la regeneración cultural, la educación y la creación de espacios de liberación, 4) integrar el trauma histórico y la restauración de la personalidad en nuestros propios estudios académicos y carrera, y 5) aprovechar el pasado para educar a otros en la economía de la salud pública sobre el legado del trauma histórico y los vínculos con las formas contemporáneas de violencia que han evolucionado a partir de él.

Anteriormente discutimos la crisis del plomo en Washington, DC. Durante el desarrollo de nuestro manuscrito, PB, quien nació y ha vivido toda su vida en Washington, DC, recordó a los miembros de PHL la conexión entre el trauma

histórico y la crisis principal en Washington, DC. Como anécdota, había mujeres traumatizadas, especialmente mujeres jóvenes embarazadas que estaban haciendo todo lo posible para cuidar a su bebé que estaba a punto de nacer. Se aseguraron de que permanecieran hidratados, sólo para descubrir que estaban bebiendo veneno. Esto fue en un tiempo en que el agua embotellada no era tan abundante como lo es ahora. PB dice que conocía a mujeres y hombres que recayeron y sufrieron inmensamente.

Estas y varias formas de trauma contemporáneo e histórico resuenan con PHL porque muchos de nuestros miembros son descendientes de familias que fueron esclavizadas durante la esclavitud estadounidense, luego obligadas a vivir en un estado de apartheid durante Jim Crow. En efecto, nuestros integrantes no están muy alejados de esas atrocidades. Nuestras madres y abuelas cuentan historias de crecer en el sur segregado. Un miembro de PHL (CW) tiene familiares vivientes que conocieron al patriarca familiar que había sido esclavizado en la infancia. Varios miembros lideran un evento anual conmemorativo y de restauración del colectivo en Washington, DC para honrar a los pasajeros del Escape de la Perla de 1848, el escape más grande conocido en el Ferrocarril Subterráneo, y a los afroamericanos esclavizados en general.³⁵ Hemos encontrado curación y significado en enfrentar el trauma histórico, alimentando nuestros esfuerzos dentro del PHL sin fines de lucro para eliminar todas las formas de trauma e inequidad. Muchos autores encuentran consuelo espiritual en las prácticas culturales (por ejemplo, la oración ancestral, los rituales). Alrededor de un tercio de los afroamericanos cree que “las oraciones a los antepasados tienen un poder protector”.³⁶

4.1.7. Mirada de los esclavizados: una ontología y un estándar de investigación ética

Además, también ideamos una ontología novedosa y un estándar de ética utilizando las perspectivas históricas y ficticias de los afroamericanos que fueron

esclavizados durante el nadir de la historia de Estados Unidos. Mirada de los esclavizados hace una analogía de la investigación sobre personas esclavizadas con poblaciones vulnerables contemporáneas (por ejemplo, pobreza generacional, disparidades crónicas) que han sufrido bajo el peso de la violencia estructural. Esta mirada cuestiona la ética de ciertos tipos de estudios de investigación basados en la comunidad en los que los beneficios para la comunidad son de corta duración, si acaso, y que no incorporan intervenciones estructurales o de abogacía. Las instituciones que son plenamente capaces de un compromiso sostenido para abogar y afectar el cambio, pero que no actúan, son particularmente ofensivas. Con base en este estándar de ética, actualmente hay muchos estudios de investigación financiados con fondos públicos sobre afroamericanos que no son éticos y deberían dejar de recibir fondos públicos. Las inclinaciones liberadoras de PHL intentan hacer que las críticas de investigación en curso sean una parte significativa de una agenda inclusiva de salud pública.

4.1.8. Principio de moralidad: intervención inmediata

Por último, nuestra filosofía afroamericana informa nuestra posición sobre la investigación formal. Ideamos el Principio de Moralidad como la obligación moral de intervenir inmediatamente en la economía de la salud pública independientemente de lo que se sepa científicamente o se pueda probar sobre su asociación con los resultados de salud. Aquí, extraemos lecciones de períodos de trauma histórico: remoción y genocidio de indios americanos, esclavitud, Jim Crow, separación de familias inmigrantes, renovación urbana, esterilización forzada, cuarentena masiva para mujeres (el “Plan Americano” del gobierno de Estados Unidos), criminalización de la orientación sexual y campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial. Nos esforzamos por monitorear la actividad en la economía de salud pública que se eleva al nivel del Principio de Moralidad. De hecho, comprender el legado del trauma histórico y las injusticias nos ayuda a

identificar tales casos, al establecer vínculos entre una conducta inmoral que alguna vez fue ampliamente aceptada y los acontecimientos actuales. Las crisis de plomo en Flint, Michigan y Washington, DC habrían subido de inmediato al nivel del Principio de Moralidad dado lo que se sabía sobre los contaminantes en el río Flint y la susceptibilidad a la erosión de las tuberías de plomo, respectivamente. Otro ejemplo es la ocurrencia común de que los afroamericanos sean desplazados debido a la gentrificación y las políticas de vivienda en muchas ciudades de Estados Unidos. Este desplazamiento tiene conexiones directas con políticas racialmente discriminatorias ligadas a la renovación urbana y a periodos previos de migración forzada. El Principio de Moralidad reconoce además que las declaraciones de arrepentimiento posteriores al hecho rara vez son totalmente reparadoras. Los descendientes de familias esclavizadas y apartheid estadounidenses siguen exigiendo reparaciones más de 150 años después.

Para explicar mejor nuestras posiciones filosóficas, necesitamos elaborar sobre un fundamento central de la teoría y práctica de PHL, el de la liberación. Informa todos los aspectos de nuestro enfoque y nos distingue de otras disciplinas, dentro y fuera de la salud pública tradicional.

4.1.9. Liberación - Un principio filosófico central de PHL

La liberación es un principio central de PHL que es una respuesta directa a la anarquía de la economía de salud pública. El perpetuo estado de competencia en la economía exige que todos los agentes tomen parte o permitan que otros definan los intereses de las comunidades o, peor aún, que trabajen en contra de sus intereses. La liberación es una mentalidad filosofada y una forma de vida que permiten a individuos y colectivos perseguir la emancipación de todo tipo de limitaciones en el pensamiento, la expresión y el colectivismo. La cualidad de la liberación es eludir las barreras que impiden la

salud idealizada. Por cada barrera, hay una respuesta de liberación, si no una solución. La liberación refleja la autoestima y una mayor demanda cognitiva que se valora en sí misma y se considera el alma de la teoría y la práctica de Liberación en Salud Pública.

Encontramos que este ejemplo es ilustrativo. Imagínese que un grupo de investigadores universitarios recibió fondos de subvención para construir un jardín comunitario en un desierto alimentario en una parte de la ciudad de bajos ingresos. Para los dos años de duración de esa subvención, todo salió bien. Los estudiantes voluntarios venían regularmente para plantar y cultivar vegetales y la comunidad recibió nutrición suplementaria. Después de que terminó la subvención, nadie en la comunidad tenía conocimiento o habilidades para sostener el jardín, por lo que la comunidad se quedó exactamente donde comenzó. Por otro lado, un enfoque de liberación garantizaría que el jardín comunitario obtuviera el conocimiento colectivo, las habilidades y la creación de espacios de liberación (discutidos a continuación). Permitiría a la comunidad tomar parte en el cultivo de cultivos y ampliar la inversión comunitaria en el jardín, incluso utilizando las horas del jardín como tiempo para la vinculación social y la construcción de capital social. Cuando finalizara la subvención, la comunidad contaría con todos los recursos necesarios no sólo para sostener el programa de manera independiente, sino también para construir una organización que atrajera más financiamiento a largo plazo.

Aunque la investigación y el desarrollo de mediciones de los constructos de liberación se encuentran en sus primeras etapas, postulamos que cultivar y financiar más liberación en la sociedad ayudará a acelerar la equidad en salud. No se asegura que lo haga o no, pero PHL exhorta a que es necesario reorientar nuestra docencia, investigación y práctica en salud pública. Nuevamente, hay muchas tradiciones filosóficas y emancipatorias que tomamos prestadas para apoyar nuestra postura de liberación. Volvemos una vez más al

discurso “Emancipación de la India Occidental” de Frederick Douglass, “Toda la historia del progreso de la libertad humana muestra que todas las concesiones hechas a sus sinceras afirmaciones han nacido de una lucha firme. El conflicto ha sido emocionante, agitante, absorbente y, por el momento, ha silenciado a todos los demás tumultos. Debe hacer esto o no hace nada. Si no hay lucha, no hay progreso”³⁴.

A nivel rudimentario, la liberación en primer lugar reconoce la inequidad en la salud como una “lucha” Douglassiana para reconocer que existe un problema. Luego puede sufrir un proceso de desnormalización y deshegemonización y cambiar hacia una evaluación crítica de las fuentes extrínsecas de daño y las falsas ideologías. También coincidimos con el Rev. William Barber en que la lucha no es lineal, “La historia de nuestra lucha por la libertad no es lineal: Todo avance hacia una unión más perfecta se ha encontrado con una reacción de resistencia”.³⁷ La praxis de PHL tiene por objeto hacer frente a la indeterminación o no linealidad en la economía de salud pública. Incluso un testimonio público único o una carta a un oficial público articulando el propio sufrimiento o el de otros o protestando contra políticas injustas es una expresión valorada de liberación aplicada o praxis, al igual que las artes performativas o mediáticas que resaltan injusticias. A medida que aumenta la demanda cognitiva, el pensamiento de liberación busca evaluar críticamente todas las afirmaciones apoyándose en fuentes morales, legales y relevantes de razonamiento. Puede cambiar a la praxis mayor a través de la recopilación de datos, la escritura, la acción legal y la formación de coaliciones orientadas a objetivos. A medida que se expande la integración horizontal, se formalizan coaliciones informales y se colectivizan el habla, el pensamiento y la acción. La integración vertical abre caminos a través de la economía de la salud pública para reconciliarse con la lucha Douglassiana, equipada con un verdadero arsenal de métodos y una asociación de expertos y socios en la materia.

La liberación es un concepto dependiente del contexto que es similar al empoderamiento en la literatura de salud pública. El empoderamiento se ha caracterizado como ganar dominio sobre los impedimentos para la salud a través de cambios en las creencias y comportamientos, incluso sobre organizaciones e instituciones relacionadas.³⁸ Pone importancia a la motivación intrínseca, la autorrealización y el cambio desde dentro. Nuestra contribución es que el empoderamiento debe ampliarse a la liberación de PHL en donde las comunidades de prácticas tienen un fondo máximo de conocimiento y conjuntos de habilidades expansivas para mejorar su salud. Evitamos un enfoque en el empoderamiento individual que se encuentra en la literatura porque PHL está orientado a la resolución colectiva de problemas y esfuerzos. Además, vemos las soluciones individuales a los problemas colectivos de inequidad en salud como una falacia formal e intervenciones a nivel individual no se traducen adecuadamente en la complejidad del enfoque y marco colectivo.

Durante nuestro seminario web nacional inaugural de PHL en noviembre de 2021, la líder tribal de Blackfeet, Lauren Monroe, Jr. relató: “Damos la bienvenida a las amistades, pero si vamos a abordar estas cosas, proviene de nuestras propias comunidades porque sabemos lo que está mal”.³⁹ La autonomía comunitaria y el establecimiento de la agenda son elementos importantes de la liberación. Puede ser tentador que las organizaciones de salud pública y las instituciones de educación superior crean que son “salvadores” benevolentes, pero la noción de liberación no puede ser “llevada” a una comunidad de práctica por forasteros como producto o servicio.

4.1.10. Liberación de espacio seguro

La liberación entre los individuos ocurre dentro de un espacio social que llamamos “espacio seguro de liberación”. Estos espacios son un lugar común. Los individuos con circunstancias o sufrimientos compartidos se reúnen en persona o en espacios virtuales y afirman

los sentimientos, percepciones y experiencias de los congregantes. Nuestro modelo conceptual muestra la variedad de formulaciones. Pueden ser intencionales o indeterminados, monológico o dialógicos, acomodativos o radicales, anti estructurales o autogenerativas, espontáneas o planificadas. El razonamiento moral, las formas de liberación, la motivación y el foro público o privado determinan el tipo de creación de espacio.

$$\text{Constante } \left(\frac{\text{Llamado al Cambio} * \text{Impacto Financiero}}{\text{Restricciones}} \right)$$

Fig. 1. Ecuación de reproducción de inequidad en salud.

Nuestra Guía sobre Espacios Seguros de Liberación, publicada en mayo de 2022, ofrece una discusión más detallada.⁴⁰ Los famosos escapes de personas esclavizadas como el Escape de Perla de 1848 en el suroeste de Washington, DC se planearon con mucha antelación mientras que el levantamiento costero alemán de 1811 y la Rebelión Stono fueron espontáneas.^{41e43} El Primer Congreso Continental fue complaciente mientras que el Segundo Congreso Continental fue una ruptura radical y violenta de Gran Bretaña. No todos los espacios son moralmente defendibles y legítimos, particularmente donde sus objetivos buscan oprimir a otros. Como cuestión general, no podemos rechazar la creación de espacio de liberación no violenta intencional para desafiar leyes poco éticas dadas las perspectivas afroamericanas de la historia de Estados Unidos: códigos de esclavos, leyes de esclavos fugitivos, Jim Crow, impuestos electorales y pruebas de alfabetización para votar.

PHL se basa en una cultura de creación espacio de liberación dentro de la economía de salud pública porque produce el terreno fértil para la teoría y la práctica de PHL. Sin embargo, PHL está más preocupado por los espacios seguros de liberación para reflexionar y abordar la economía de la salud pública. Cuando ocurren los espacios seguros de liberación, catalizan la energía colectiva para atenuar los desafíos de la economía.

Un nivel suficiente de liberación es una condición previa para la creación de un espacio seguro de liberación. Sin embargo, existe la necesidad de reconocer las barreras a la progresión de la liberación hacia la praxis. La iliberación floreciente es una preocupación importante para la plena realización de PHL.

4.1.11. *Iliberación – Un problema de salud pública*

A la falta de liberación se le llama “illiberation” (iliberación), palabra que no existe en el idioma inglés. Hemos ideado el término iliberación. Nuestra definición es un estado variable de inmovilidad, autoopresión o miedo o silencio internalizado que está condicionado ambientalmente y mantenido internamente dentro de individuos y colectivos. La iliberación surge porque existen amenazas reales o percibidas a los intereses propios, ya sean individuales o colectivos, en el ambiente hegemonizado. Obliga los conflictos especialmente con las necesidades existenciales como el empleo, la vivienda o el acceso a los recursos. La iliberación puede ser internalizada, es decir, una normalización inconsciente del propio sufrimiento o del sufrimiento de los demás. También puede manifestarse como disonancia cognitiva tal que un individuo o colectivo pueda percibir injusticias en la economía de la salud pública, pero sentir que no tienen opciones y aceptar la inevitabilidad del daño. Esto puede asociarse con la literatura sobre “daño moral”, que describe el trauma derivado de la exposición a un evento que viola los valores morales.⁴⁴ Además, la iliberación puede obligar a un individuo o grupo a participar en formas de violencia física, psicológica o estructural (por ejemplo, implementar o hacer cumplir una política poco ética) por temor a consecuencias negativas. En otras palabras, este miedo puede llevar directamente a traumatizar (o volver a traumatizar) a otros grupos. Sin embargo, eso no quiere decir que esos individuos no sean cómplices o éticamente exentos. La iliberación simplemente reconoce que la impotencia percibida es una fuerza importante en la

economía de la salud pública.

A menudo escuchamos en el discurso racial dentro de nuestras comunidades de práctica que los políticos harán lo que quieran independientemente de lo bien que esté organizada la comunidad o que alguien pueda tomar represalias contra ellos por hablar en contra de una política dañina. Estos sentimientos transmiten un hecho consumado de que cualquier política o programa, por más que sea estructuralmente violento o racialmente discriminatorio, es inevitable e invencible. Tal posición es insostenible. Un autor del manuscrito y líder de la comunidad de vivienda pública, PB, explica a sus residentes que harán más daño que bien al no hablar en las reuniones. Ella lidera con el ejemplo porque la comunidad está experimentando mucha discriminación basada en su clase y raza.

La iliberación es muy similar a la opresión internalizada en la literatura. Se trata de una faceta de la opresión, “mediante la cual los opresores mantienen la dominación sobre los oprimidos”.⁴⁵ La opresión internalizada opera a nivel individual o grupal y se refiere a la autolesión consciente o voluntaria o a la autodiminución asociada al odio a uno mismo, a la creencia de estereotipos negativos, a los estados afectivos y a los comportamientos.^{46e49} La literatura sobre la opresión internalizada se ha centrado en grupos históricamente marginados como las mujeres, las minorías sexuales, las personas de color y las poblaciones colonizadas.⁵⁰ Sin embargo, PHL hace una distinción importante entre la opresión internalizada y la iliberación. La iliberación es predisponente en toda la economía de la salud pública y no se limita a ciertos grupos. Aplicar la opresión internalizada a nuestra teoría se desviaría mucho de su significado teórico y uso. PHL considera la iliberación como ubicua, incluso dentro de los grupos dominantes. Por lo tanto, preferimos la iliberación.

Desafortunadamente, sospechamos que estos miedos iliberadores son comunes en toda la economía de la salud pública, que se convertirán en el enfoque de nuestra

investigación en el tiempo. Superar la iliberación hace que la salud pública sea mejor. Nos recuerda el audaz trabajo de Rachel Carson, quien desafió con éxito el uso de herbicidas y pesticidas orgánicos sintéticos a pesar de una oposición considerable y bien aportada. Como exhortó en *Silent Spring*, “necesitamos urgentemente que se ponga fin a estas falsas garantías, a la capa de azúcar de hechos poco apetecibles. Es al público al que se le pide que asuma los riesgos que calculan los controladores de insectos. El público debe decidir si desea continuar en el camino presente, y sólo podrá hacerlo cuando esté en plena posesión de los hechos”.⁵¹

Si hay negativa a tratar la iliberación floreciente como una barrera legítima para la equidad en salud, entonces lógicamente se deduce que se están diciendo y haciendo todas las cosas importantes. En nuestra experiencia, tal posición obscurecería la realidad de que la disidencia y la divergencia están hegemónicamente constreñidas. Además, postulamos que todos los agentes dentro de la economía de la salud pública son susceptibles a la iliberación de los educadores de salud pública que sienten que no pueden enseñar perspectivas críticas en el salón de clases a funcionarios electos que a sabiendas toman posiciones políticas que reproducirán inequidad en salud porque esa es la única vía para ganar el cargo político. PHL se propone desarrollar investigaciones para estudiar la iliberación en la economía de la salud pública y comprender la conexión entre la iliberación y el trauma histórico.

4.1.12. Liberación vs antirracismo: dos audiencias

Una aclaración importante está en orden. La liberación y el antirracismo comparten el mismo objetivo de equidad incondicional, pero son bastante diferentes en enfoques. Nuestra postura es que el antirracismo ha sido tomado como un cambio en las políticas, creencias y prácticas al hablar en gran medida a aquellos grupos con poder y recursos desproporcionadamente mayores. Aunque la necesidad de cambio

es grande, este enfoque ha llegado a costa de la liberación. Encontramos que la literatura antirracista refleja creencias antiguas que han existido en nuestras comunidades desde la esclavitud. Francamente, nos hemos cansado de volver a explicarnos.

Por otro lado, encontramos que la liberación habla más de cerca de las necesidades dentro de nuestra comunidad de práctica. Estamos menos preocupados por enumerar todas las formas de racismo desde una visión de mundo jerárquica tanto como por igualar el campo de juego a través del pensamiento y la práctica de liberación. En la sección de investigación y praxis de PHL, discutimos cómo diseñar estrategias y vías para lograr la equidad a través de un proceso de formación y fortalecimiento de la identidad social. PHL enfoca nuestra atención en las experiencias vividas y la visibilidad de las poblaciones afectadas y su capacidad y deseo de involucrarse en una lucha de Douglassiana. Como explican nuestras teorías a continuación, existen amplias razones para ser escépticos del antirracismo para la práctica de la salud pública porque no gira en torno a la liberación ni proporciona modelos explicativos de la inequidad racial más allá de las manifestaciones del racismo. Las explicaciones antirracistas para la concordancia racial entre quienes infligen racismo y quienes son víctimas del racismo, están subdesarrolladas. En la comunidad de práctica de varios autores en Washington, DC, solo hemos tenido alcaldes negros desde el “autogobierno” y una mayoría o casi mayoría de los concejales negros de la ciudad. El Congreso estableció el “gobierno autónomo” para el Distrito de Columbia en 1973, lo que le permitió elegir libremente a su alcalde y tener una mayor autonomía en el autogobierno.⁵² Ante los amplios abismos en la equidad racial en salud, encontramos que limitar la equidad racial al discurso racial es innecesariamente limitante. Como se discutió, hemos desarrollado teorías para dilucidar mejor esta contradicción, así como otras contradicciones en la economía de salud pública.

4.2. Principio central II: Liberación de Salud Pública como teoría

Liberación en Salud Pública postula varias teorías para iniciar el trabajo de una transformación radical de la salud pública y la economía de la salud pública: teoría de reproducción de inequidad en salud, realismo en salud pública y teoría hegemónica. Como señalamos desde el inicio, nuestra discusión en este trabajo tiene como objetivo introducir y organizar nuestros valores, teorías y forma de práctica de salud pública. En meses y años subsiguientes, PHL procurará desarrollar medidas y realizar investigaciones sobre los constructos aquí presentados.

4.2.1. Teoría de la Reproducción de Inequidad en Salud

Ideamos la Teoría de la Reproducción de Inequidad en Salud (THIR por sus siglas en inglés) para proporcionar una teoría general sobre la reproducción de la inequidad en salud mediante la identificación de cuatro componentes amplios. Hemos adoptado un enfoque reduccionista para reducir la complejidad de la economía de la salud pública para los profesionales y las comunidades de PHL y guiar la práctica hacia una mayor efectividad. Se postula que estos constructos teóricos forman la base de la equidad aplicada acelerada sin estar sumidos en teorías técnicas o especializadas o desafiados por el lenguaje académico. THIR teoriza que las ganancias en la equidad en salud requieren 1) una mejor movilización social y llamamientos de cambio más generalizados, especialmente por parte de las poblaciones afectadas y aliados, 2) aumentar restricciones a la conducta que contribuyen a las disparidades, e 3) impactar el resultado final – dinero y ganancias – para disuadir la reproducción de equidad o incentivar la mejora de la salud. El cuarto componente es una constante que reconoce que algunos aportes estructurales a la inequidad son formidables y profundamente arraigados, requiriendo un cambio radical en una escala de grandes periodos de reforma

(por ejemplo, Movimiento de los Derechos Civiles, Proclamación de Emancipación). La reproducción de la inequidad es producto de una constante (aún indeterminada) de inequidad estructural multiplicada por el cociente del producto del deseo de cambio y beneficio material dividido por restricciones (Fig. 1).

La liberación floreciente, la disminución de la iliberación y los espacios seguros de liberación son condiciones previas para la movilización social y la disidencia productiva. Está fuera del alcance de este documento, pero hay muchas teorías que apoyan el compromiso cívico y las protestas, especialmente para la rendición de cuentas democrática. PHL reconoce las grandes barreras que impiden hasta qué punto agentes o clases de agentes dentro de la economía de salud pública puedan hablar abiertamente sobre su insatisfacción con la agenda de salud pública, y mucho menos hablar como una sola voz. PHL encuentra muchas fuentes que obstaculizan la liberación para evitar el surgimiento de llamamientos vocales a la reforma de la salud pública. Las condiciones de empleo ligadas a la promoción y la cultura del lugar de trabajo que impulsan el alejamiento de investigadores y trabajadores de la participación continua de la comunidad y la praxis son fuentes importantes. Otras áreas incluyen la forma en que las comunidades afectadas han sido distanciadas en las principales organizaciones de salud pública, como se discutió anteriormente. Teorizamos que, si se eliminan estas y otras barreras, entonces seguirá la movilización social.

Definimos las restricciones como normas o acciones que afectan la reproducción de la inequidad en salud. Cuando el efecto disminuye la inequidad en salud, las restricciones son positivas. Las leyes, reglamentos y decisiones judiciales son los tipos más comunes. Debido a que PHL se preocupa por acelerar la equidad en salud, nos enfocamos en introducir mayores restricciones positivas en la economía de la salud, como una mayor regulación y supervisión gubernamental, evaluaciones de impacto en la salud para

la legislación propuesta o diálogo y coordinación intersectorial. Ya sea para fomentar la participación de la comunidad o intervenciones estructurales de salud, las condiciones ligadas a recibir investigación de salud pública y dólares de atención médica también son relevantes. Existen formas de liberación de limitaciones positivas que podrían incluir un cambio en el apoyo político, un mayor compromiso político, campañas en los medios de comunicación o manifestaciones públicas para llamar la atención a las amenazas de la salud pública. Este manuscrito también pretende ser una de esas restricciones. Las restricciones negativas pueden manifestarse como desregulación que reproduce daños (por ejemplo, rescindir los derechos reproductivos, permitir la venta de armas de asalto o otorgar permisos a los contaminadores que participan en el racismo ambiental). PHL postula que, si las restricciones positivas se incrementan drásticamente a lo largo de la economía de la salud pública, entonces abriremos caminos para abordar la equidad en salud.

El tercer componente de THIR es afectar la economía de la reproducción de inequidad en salud a través del castigo (p. ej., multas, demandas, impuestos) o incentivos (p. ej., tope y comercio, expansión de Medicaid). La suposición es que la equidad en salud debe cuadrar con la realidad económica de que el capitalismo mismo está en desacuerdo con el logro de la equidad en salud. PHL no solo se preocupa por medidas económicas típicas que a menudo son las culpables de las disparidades de salud. Nos preocupa el equilibrio financiero en la economía de la salud pública, incluidas las condiciones que se colocan en los premios de investigación y los modelos de reembolso hospitalario. PHL ve la necesidad de aprovechar la política fiscal para trabajar hacia la aceleración de la equidad en salud, especialmente para eliminar las diferencias raciales y de ingresos. Nuestra salud pública idealizada se sustenta en la equidad en salud como prioridad nacional, estatal y local.

Por último, el cuarto componente

es la “constante” en la teoría de la reproducción de la inequidad en salud. Si bien los avances de salud pueden acelerarse enormemente en nuestra vida, no todas las formas de inequidad en la salud pueden eliminarse de manera realista. Esta suposición se toma prestada del realismo racial de Derrick Bell, que asume que nunca se logrará la equidad racial.⁵³ Estamos de acuerdo en que no todas las fuentes de inequidad pueden resolverse en nuestro tiempo, pero sucumbiríamos a la iliberación si no lo intentáramos. La constante puede considerarse como una medida de la inequidad estructural entre períodos de revolución social en la escala de la Guerra Revolucionaria Americana, la Guerra Civil, el Movimiento de los Derechos Civiles, el movimiento de liberación de las mujeres o el movimiento de liberación gay. El movimiento Black Lives Matter parece haber tenido un efecto similar, aunque sus transformaciones sociales y políticas aún se están desplegando. Una vez que ocurre la transformación social, se redefine una nueva constante.

4.2.2. Realismo y hegemonía de la salud pública

Como se mencionó anteriormente, la economía de la salud pública se define por un estado de anarquía. Nos apoyamos en el realismo de la salud pública para describir la naturaleza y la relación entre los agentes o clases de agentes. Partiendo de una crítica madisoniana que asumió un estado faccioso en el cuerpo político, postulamos que estas “facciones” operan sin un conjunto de principios rectores y una autoridad central. Llevados al extremo, pueden usar la violencia y la opresión ajena para implementar su agenda. En un contexto de salud pública, esto significará que ciertas facciones pueden involucrarse a sabiendas en conductas que son perjudiciales para la salud humana. El gobierno a veces permitirá ese daño a la salud pública.

Tomemos la exención de la que se benefician los cigarrillos, por ejemplo. Por lo general, cualquier otro producto comercial con las siguientes estadísticas de salud pública no estaría permitido en el mercado estadounidense, excepto que

el tabaco tiene una exención de salud pública. El tabaquismo se asocia con aproximadamente 80% al 90% de las muertes por cáncer de pulmón.⁵⁴ En comparación con quienes no fuman, los fumadores de cigarrillos tienen “de 15 a 30 veces más probabilidades de contraer cáncer de pulmón o morir de cáncer de pulmón”.⁵⁴ Esto está lejos de ser la única actividad exenta en la economía de salud pública que se sabe que reproduce la inequidad en salud. En nuestras comunidades de práctica, podemos señalar decisiones específicas sobre el uso de la tierra, regulación ambiental laxa, la proliferación de armas y el retiro de apoyos federales a la vivienda pública. ¿Qué explica por qué tales causas reproductivas son comunes? Realismo en salud pública.

Nos atrajo la teoría de las relaciones internacionales sobre el realismo político para dilucidar la economía de la salud pública por su enfoque en las motivaciones universales y el énfasis en el poder. “El concepto de interés definido como poder impone una disciplina intelectual al observador, infunde orden racional en el tema de la política, y, por lo tanto, posible la comprensión teórica de la política”.⁵⁵ Esto lo traducimos en términos de economía de salud pública ya que cada agente (“facción” Madisoniana) actúa para realizar sus propios intereses a través de la búsqueda de acciones asociadas a formas de poder, de las cuales podemos contextualizar motivos y derivar una racionalidad universal. A diferencia del tamaño militar o del arsenal nuclear en perspectivas realistas, el poder en la economía de salud pública tiene muchas formas basadas en el interés o la actividad. Un fabricante o contaminador de un producto puede buscar poder sobre las autoridades políticas y reguladoras para políticas desregulación. Una universidad de investigación puede buscar el poder atrayendo considerables fondos de investigación en salud y acumulando dotaciones que refuercen el prestigio y el crecimiento.

Sin embargo, los intereses propios, entendidos correctamente, deben tomarse como un término neutral. Todos

los agentes dentro de la economía de la salud pública tienen áreas temáticas, un conjunto finito de prioridades de agenda y una población ante la cual rinden cuentas. El PHL sin fines de lucro tiene intereses propios para acelerar la equidad en salud a través de una transdisciplina de salud pública de cinco frentes, particularmente para nuestras comunidades de práctica y comunidades similares. La visión clave es que tan bien esos intereses propios están alineados con el bien público y fomentan el orden y la cooperación en la economía de la salud pública. Nuestros 16 Principios de Realismo en Salud Pública crean un conjunto común de características para todos los agentes.

4.2.3. Principios del realismo en salud pública

1. La economía de salud pública es un estado de anarquía caracterizado por la competencia perpetua por los recursos donde no existe principios comunes o autoridad central. La economía de la salud pública reproduce la inequidad en salud.
2. Se asume que el egoísmo interesado motiva la acción dentro de la economía de la salud pública.
3. Cada agente es responsable de su propia supervivencia dentro de la economía de salud pública.
4. El interés se define en términos de poder, más a menudo definidos por la mancomunación de activos financieros y el ejercicio de influencia sobre una o más poblaciones definidas.
5. Los imperativos morales están subsumidos bajo los intereses propios debido a la falta de principios morales comunes y de autoridades centrales de cumplimiento.
6. Los agentes ejercen el poder a través de la elaboración de reglas, control de accesos, la formulación de problemas, la distribución de recursos o mediante el control de las autoridades comprometidas con esos poderes.
7. El discurso y la conducta de los agentes no pueden ser por sí solos una fuente confiable para conocer su verdadero interés propio. Los agentes son libres de participar en discursos y acciones engañosas que no reflejan su verdadero interés propio. Pueden explotar el sufrimiento humano y la vulnerabilidad para lograr los máximos beneficios que fluyen principalmente a ese agente o clase de agentes.
8. Cada agente puede tener contradicciones y conflictos en moralidades y problemas: inconsistencia interna y disonancia-.
9. Los agentes son libres de buscar el control o crear coaliciones con agentes de la economía de la salud pública donde se alineen los intereses.
10. Las coaliciones conservan las características de la economía de salud pública donde son susceptibles a la competencia feroz y a las luchas de poder.
11. Lograr equidad en salud o apoyar la teoría y práctica de PHL puede competir directamente con los intereses propios de un agente o clase de agentes.
12. Los agentes que más se aprovechan de la economía de salud pública buscan mantener su posición relativa de poder. Cualquier esfuerzo de reforma o llamado al cambio son meramente un reflejo del interés como poder por el cual buscan el cambio en la medida en que mantienen el poder relativo.
13. Las coaliciones son comunes en la economía de la salud pública y se entienden mejor como un medio para que los agentes maximicen su interés a través de colectivos. Estas coaliciones se convierten en arreglos hegemónicos cuando buscan el dominio al reducir la competencia y enfocarse en dirigir beneficios y recursos a su favor.
14. Los agentes pueden actuar hegemónicamente sin coaliciones a través de ejercicios de poder.
15. Los poderes dominantes tienen poder, influencia y recursos desproporcionados dentro de la economía de la salud pública que aprovechan vastas redes complejas para controlar la elaboración de reglas, el control de accesos, la creación de espacios de liberación y el control de recursos. Los efectos a largo plazo del interés perseguidos como poder tienden a hegemonizarse.
16. Los poderes hegemónicos, ya sean agentes mismos o coaliciones, representan una amenaza importante para lograr la equidad en salud al buscar mantener la economía de salud pública en su beneficio.

Estos principios incorporan las

perspectivas de la economía política a la teoría de la salud pública y buscan explicar la economía de salud pública, arraigada en la realidad de nuestras experiencias vividas. La centralidad de los intereses propios, aunque sea un estado permanente, no es inmutable. PHL busca colectivizar el interés diversificando la composición y el tipo de organizaciones (“integración horizontal”) y al poseer una serie de herramientas de práctica (“integración vertical”) para una agenda pública inclusiva.

Uno podría preguntarse cómo la visión aspiracional de PHL reconcilia una visión tan pesimista de la economía de la salud pública. En verdad, nivelar con las limitaciones del mundo real derivadas del realismo de la salud pública: 1) protege a las comunidades de ser engañadas o utilizadas instrumentalmente por agentes que no están salvaguardando sus intereses, 2) preparando a las comunidades para que piensen profundamente sobre sus propios intereses y donde mejor se alineen con otros agentes, 3) aceptar que podría haber un dar y tomar para mantener coaliciones, y 4) construir formas suficientes de poder de su propia creación para influir en los resultados. Hablaremos más sobre esto en nuestra praxis y discusiones de investigación. La perspectiva realista también sugiere que las coaliciones toman formas basadas en si se puede acomodar un amplio conjunto de intereses. El lector puede recordar que anteriormente alentamos a las comunidades de práctica a formarse sobre la base de espacios físicos y sociales compartidos. Parte del razonamiento asume que los residentes son más propensos a participar porque el beneficio para ellos, definido como la promoción de sus intereses, es aparente y personal.

Otra ventaja del realismo en salud pública es que advierte a las comunidades contra el control hegemónico y las alienta a estar atentos a las influencias hegemónicas. El concepto de hegemonía se define como un sistema de creencias y actitudes que refuerzan el ordenamiento social existente y la mala distribución de los recursos.¹⁵ Introducido en la literatura de crítica de la raza, el control

hegemónico ocurre cuando agentes con poder desproporcionado fijan una apariencia de unidad de intereses con grupos con menos poder y recursos.¹⁵ A medida que las comunidades de práctica se integran horizontal y verticalmente, el realismo de la salud pública advierte contra las tendencias hegemónicas en las que las comunidades pueden ejercer el poder a través de la elaboración de reglas, el control de recursos, formulación de problemas, la distribución de recursos o mediante el control de autoridades invertidas con esos poderes alejados de la salud pública y del bien común. Las comunidades de práctica deben tratar de establecer principios para llevar a cabo los asuntos a medida que se expanden a fin de evitar la promoción del interés propio mediante la supresión de la expresión de liberación y la creación de espacio de liberación de otros. La diversidad de perspectivas de liberación incluso dentro de áreas geográficas compartidas es inherente a la actividad humana, por lo que es mejor que las comunidades se centren en el fortalecimiento interno y la efectividad a través de acciones de principios.

Las comunidades también pueden verse tentadas a aliarse con personas influyentes hegemónicas para acceder a fuentes de poder para realizar el interés propio. Como líder comunitario desde hace mucho tiempo que sirve a poblaciones de bajos ingresos, DW ve que este fenómeno social ocurre todo el tiempo en comunidades desatendidas y lo llama una forma de proxenetismo de pobreza, que ocurre cuando un forastero busca extraer valor del estado de pobreza de un grupo para promover su propio interés propio. Es necesario que líderes como ella se involucren en el control de acceso (gatekeeping) para evitar la explotación de la pobreza. El liderazgo comunitario de DW informó sustancialmente las siguientes recomendaciones.

Las comunidades deben proceder con cautela a aliarse con forasteros con poder desproporcionado: influencia política, recursos financieros, etc. Al igual que con todos los agentes, los poderes hegemónicos pueden participar en

discursos y acciones engañosas que no reflejan su verdadero interés propio. Pueden explotar el sufrimiento humano y la vulnerabilidad para lograr los máximos beneficios que van principalmente a ese agente o clase de agentes. Pueden requerirse varios pasos antes de formalizar una asociación: 1) realizar una “verificación de antecedentes” e “historia social” para evaluar las percepciones de otros sobre ese grupo, 2) elaborar un documento que demuestre principios de compromiso o un contrato legal, si es necesario, 3) definir claramente los beneficios para la comunidad en el contrato, 4) estipular condiciones y consecuencias para el retiro prematuro o compromisos no cumplidos, 5) mantener la conexión directa entre los líderes de la comunidad y sus constituyentes - no entregar contactos ni renunciar a los modos de comunicación, y 6) reservar el derecho a retirarse en cualquier momento por conducta hegemónica u ofensiva.

Por último, el perpetuo estado de competencia en la economía de la salud pública hace que la efectividad de las formas de poder de los agentes no sea absoluta. El poder no mantiene constancia. El poder es relativo en el sentido de que sólo se ve despreciado por las condiciones de la economía de salud pública. El control sobre la elaboración de reglas, por ejemplo, sólo puede promover el interés hegemónico siempre y cuando no surja reglas competidoras o autoridades normativas en competencia. PHL tampoco asume que el poder pueda mantenerse a pesar de cualquier cambio en la economía de salud pública. La tendencia de los agentes a tener moralidades e intereses contrapuestos desde dentro es común. La influencia hegemónica sobre una población definida debe suponer que otros agentes intentarán competir por esa misma población moldeando actitudes y acciones para promover los intereses de un agente. Por lo tanto, la conclusión principal es que la liberación aplicada introducirá inmediatamente un cambio en la economía de la salud pública porque el poder relativo de los agentes debe dar cuenta de la competencia, por pequeña que sea. No quiere decir que un cambio

inmediato favorezca o de ventaja a un poder ascendente, pero puede hacer que los poderes hegemónicos se fortalezcan vertical u horizontalmente o se involucren en falso discurso para desacreditar las voces críticas. También pueden cooptar las ideas del poder ascendente como una forma de adaptarse a las condiciones cambiantes y de mantener el estatus de poder. PHL (el sin fines de lucro) espera plenamente lo anterior como consecuencia de nuestras actividades, incluyendo este manuscrito. Dada esta realidad, corresponde a las comunidades ser competitivas y cambiar hacia la teoría y la práctica de PHL para estar equipadas con una amplia gama de herramientas para resistir la inevitable respuesta hegemónica a la creciente liberación.

De hecho, el PHL surgió de nuestra interacción con influentes hegemónicos en la economía de salud pública. Describimos muchos casos de activismo en nuestras comunidades de práctica y deseamos discutir una toma más personal. Al momento de escribir este artículo, el fundador de PHL (CW) ingresa a su último año de doctorado en salud pública. Ha encontrado que algunas instituciones de educación superior o organizaciones sin fines de lucro tienen inmensas reservas de racismo y una hostilidad abierta hacia las teorías y perspectivas críticas. Los ataques violentos y racialmente motivados contra estudiantes negros se han atribuido al fracaso de las instituciones para abordar un clima racista desenfrenado.^{56,57} Abunda la falta de conocimiento y desprecio por cómo la cultura institucional vuelve a traumatizar a estudiantes y empleados, particularmente aquellos con legados de trauma histórico y contemporáneo. La rendición de cuentas en el contenido curricular, la conducta de los profesores y el trato estudiantil es deficiente. Aquí, la liberación es esclarecedora, ya que planteamos la hipótesis de que nadie reclamaría la propiedad de la cultura institucional.

Sin embargo, a través de la confianza en la liberación, el autor (CW) resolvió sortear los déficits curriculares y teóricos a través de cursos de estudio

independientes, creando oportunidades de capacitación para otros estudiantes y estableciendo PHL. En otras palabras, este manuscrito es en sí mismo una reflexión del cambio necesario para que las voces críticas adquieran influencia y apliquen la liberación, así como un medio personal de recuperación del trauma infligido por instituciones de educación superior. Otros autores también encontraron el manuscrito como emancipatorio o liberador, dando mucha satisfacción y brindando terapia del lenguaje (JB, PB).

4.3. En resumen: principios centrales III-V

4.3.1. Liberación de Salud Pública como praxis, investigación y capacitación

Debido a las limitaciones de espacio, explicaremos de manera más breve los componentes restantes de PHL de praxis, investigación y capacitación. Vamos a dar más detalles sobre estos componentes como parte de una serie PHL. La praxis es la liberación aplicada en donde un individuo o colectivo supera la iliberación para buscar un cambio en la economía de salud pública hacia la equidad en salud. Se asume que hay monitoreo de aspectos importantes de la economía de salud pública. Praxis es considerada el “hacer” de PHL - trabajar a través de la complejidad e indeterminación de la economía de salud pública para lograr triunfos. PHL no favorece ningún método único. Más bien, abarca todas las formas de praxis y reconoce la importancia de que las comunidades estén completamente informadas y tengan acceso a una variedad de vías de praxis; de ahí, por lo que alentamos la inclusión de expertos en la materia para proporcionar información. En este sentido, la praxis no es lineal y requiere adaptación. Es poco probable que una solución para una comunidad de práctica se parezca a otra debido a las diferencias en el grado de liberación internalizada o iliberación, la comunalidad de los espacios seguros de liberación, la presencia de personas influyentes hegemónicas, el funcionamiento social y la fuerza de la identidad social. A lo largo de este

manuscrito, hemos incluido ejemplos de praxis en nuestra comunidad: editoriales, apelaciones regulatorias, protestas, investigación ciudadana, conversaciones comunitarias y testimonio público. Hemos discutido la praxis en el contexto de la tradición filosófica, la creación de espacio de liberación (“ocurre dentro de un espacio social”), la expresión de liberación (“testimonio público único”) y el distanciamiento (“alejamiento de investigadores y empleados de la continua participación comunitaria”).

Deseamos discutir dos recientes casos de éxito de praxis en Washington, DC. Primero, varios autores participaron en grupos de trabajo de toda la ciudad y el vecindario en 2021 para brindar a la ciudad comentarios sobre su “Plan Integral” (el “Comp Plan”), el documento más importante para la planeación y desarrollo del vecindario. El Comp Plan establece principios rectores y políticas sobre doce temas que incluyen vivienda, desarrollo económico, servicios comunitarios y recreación. Aunque la salud no es un elemento propio, los temas de salud pública, incluidos los determinantes sociales de la salud, se cubren a lo largo del plan.

Los autores dirigieron seminarios web comunitarios para explicar los cambios propuestos para recopilar comentarios y proponer revisiones para promover la equidad racial y económica. Se asociaron con representantes de la comunidad para discutir temas a nivel de vecindario sobre justicia ambiental, cambio de vecindario, subsidios públicos a desarrolladores y servicios públicos. RH dirigió una coalición de residentes de viviendas públicas, investigadores y ambientalistas en su comunidad de práctica en el vecindario Suroeste. Formaron dos grupos de trabajo sobre vivienda y calidad ambiental del aire interior y exterior. En toda la ciudad, grupos similares se formaron y causaron que la propuesta se sometiera a una revisión sustancial que reconoció la equidad racial como principio rector y puso barreras de protección para asegurar que la agencia gubernamental actuara conforme a la ley. Representó un cambio fundamental en la planificación

urbana. Aunque una evaluación de los resultados es prematura dada la reciente aprobación del Comp Plan, confiamos en que estamos ayudando a atenuar la reproducción de la salud en los próximos cinco años.

Nuestro éxito con el Comp Plan ejemplifica PHL en la práctica. No obstante, hay que señalar que nos hemos beneficiado de varios factores que nos permitieron pivotar rápidamente. Aquí, entrelazaremos la Liberación de Salud Pública como investigación y capacitación, que se subsumen bajo praxis. Primero, ya existía infraestructura - florecientes espacios seguros de liberación y liberación. RH ya había formado el Comité de Acción Resiliente de Near Buzzard Point (NeRAC por sus siglas en inglés) en 2018 para abordar problemas relacionados con la contaminación del aire, la salud pública y la vivienda. NeRAC había realizado investigaciones ciudadanas sobre la contaminación del aire derivada de la actividad industrial cercana. Sus colegas y ella publicaron recientemente sus resultados del estudio que concluyeron que los estándares de calidad del aire no son adecuados, especialmente para comunidades con vulnerabilidades estructurales existentes.⁵⁸

Además de unirse a los esfuerzos de RH, CW había realizado un estudio de investigación original (no financiado) antes de 2021 (en revisión). Sirvió como investigador principal para un estudio sobre el estrés de salud mental asociado con el cambio y la gentrificación del vecindario. Aprovechó contactos privados para acceder a una lista de residentes en su población de estudio que permitió crear un muestreo aleatorio estratificado, luego utilizó muestreo de conveniencia en fases posteriores del estudio. Además, compiló un tablero que enumera los daños a los vecinos, especialmente en los afroamericanos, derivados de la rápida reurbanización de terrenos. Pudo recopilar datos de servicios de mapeo GIS, revistas académicas y fuentes de medios convencionales, que publicó en un periódico digital que había fundado en 2019. Luego utilizó estos datos para persuadir al público durante los

seminarios web de toda la ciudad, para interactuar con los concejales de la ciudad y apoyar las recomendaciones. La Liberación de Salud Pública como investigación significa realizar investigaciones académicas formales de calidad y recopilar datos, como ilustran estos ejemplos.

La segunda historia de éxito viene de JE, directora fundadora del Instituto Rodham. En el apogeo de la pandemia de Covid, el instituto reconoció de inmediato al menos dos problemas que impedían que las personas, particularmente las poblaciones minoritarias, se vacunaran. El primero fue el proceso de registro en línea, que requería acceso a Internet. La opción telefónica experimentó largos tiempos de espera. El segundo fue la renuencia generalizada. El Instituto Rodham se asoció con grupos comunitarios en las áreas afectadas para organizar una serie de eventos de vacunación masiva precedidos por un programa de capacitación de capacitar al capacitador. Representantes acudieron a la comunidad para registrar a los residentes utilizando el propio sistema de registro de la coalición. A través de este esfuerzo de movilización se registraron cerca de 900 residentes.

En su rol como jefe editorial, CW participó en Liberación de Salud Pública como capacitación para brindar oportunidades de prácticas. Reclutó a estudiantes para ayudar con el estudio mencionado sobre estrés de salud mental y cambio del vecindario. Además, los ha educado sobre la cultura comunitaria, la historia y los numerosos desafíos con la salud como una forma de sentar las bases en la teoría y la práctica de PHL. A medida que la capacitación en PHL evoluciona como un plan de estudios formal, equipará a los estudiantes con una amplia base de habilidades y conocimientos que se pueden aplicar en derecho, apelaciones regulatorias, cabildeo, análisis de políticas, redacción legislativa, organización comunitaria, capacitación, investigación dentro de las limitaciones del mundo real, medios de comunicación y artes performativas, toma de historia comunitaria, preservación y regeneración cultural, religión/fe,

relaciones comunitarias, trabajo clínico, periodismo e identificación de oportunidades ad hoc para la participación e intervención comunitaria.

5. Direcciones futuras

Reconocemos que este documento es denso y considerable. Puede que no sea accesible para todas las audiencias. Necesitábamos proceder de esta manera por varias razones. Primero, si publicamos manuscritos separados para cada componente de PHL, nuestra visión corre el riesgo de fragmentarse. Segundo, buscamos establecer nuestro trabajo como teóricamente rico, convincente y estridente, ya que este manuscrito inaugural prepara el escenario para nuestro crecimiento e influencia. Finalmente, necesitábamos una manera de transmitir la complejidad de quiénes somos nuestra historia, valores, conocimiento, experiencia, capacitación y experiencias humanas y también de la economía de la salud pública. Reconocemos que académicos e investigadores pueden no estar plenamente satisfechos, incluso vehementemente en desacuerdo, con los argumentos aquí presentados. Si bien apreciamos los comentarios y las ideas para escritos posteriores sobre PHL, confiamos en que nuestra discusión resuena con las poblaciones de mayor interés para nuestra práctica de salud pública. Además, pretendimos mostrar que el discurso transdisciplinario puede tomar forma y unirse en una teoría general para satisfacer las necesidades del público y los académicos. Nuestro siguiente paso es organizar sesiones con más comunidades de práctica para crear un artículo escrito en términos legos y en diferentes idiomas.

PHL se esforzará por construir sobre nuestra teoría y práctica. Debido a las limitaciones de espacio, muchas discusiones teóricas como la teoría del régimen urbano y la teoría de la élite, se aplazan para más adelante. Además, nuestra teoría y constructos se verán beneficiados del desarrollo de medidas futuras, la evaluación psicométrica y las

pruebas de causalidad.

6. Conclusión

En este artículo ha presentado una teoría general de la economía de la salud pública acorde con enfoques transdisciplinarios. El bienestar de la humanidad depende debidamente de enfoques holísticos de salud pública que garanticen la equidad en salud. El nuevo constructo de la economía de la salud pública es un punto de partida analítico y conceptual para una disciplina transformadora de salud pública para establecer un mayor orden. Como se discutió, la filosofía y la práctica de PHL proporcionan la reconceptualización radical de la economía de salud pública que es necesaria.

Conflicto de interés

Los autores no tienen ningún conflicto de interés a excepción de que todos son miembros de Liberación de Salud Pública, una organización sin fines de lucro.

Referencias

1. Williams C, Perkins PS, Beard K, et al, Public Health Liberation. *Health equity and liberation: terms for public health praxis in response to increasing threats to academic and social change*. *Public health liberation*; 2022, Abril. www.publichealthliberation.com/hub/term.
2. Richardson J, Mitchell B. Shifting neighborhoods: gentrification and cultural displacement in American cities. National community reinvestment coalition. Publicado 19 de marzo de 2019. Accedido julio 21, 2022. <https://ncrc.org/gentrification/>
3. Richardson J, Mitchell B, Edlebi J. Gentrification and disinvestment 2020: COVID-19 struck a nation that was already mostly struggling. National community reinvestment coalition. Publicado Junio 2020. Accedido 21 de julio de 2022. <https://ncrc.org/gentrification20/>
4. Roberts M, Reither EN, Lim S. Contributors to the black-white life expectancy gap in Washington D.C. *Sci Rep*. 2020; 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70046-6>.
5. Milloy C. Buzzard point residents have spent years fighting for a cleaner neighborhood. Washington Post. Publicado 4 de mayo de 2021. Accedido 21 de julio de 2022. https://www.washingtonpost.com/local/buzzard-point-pollution-gentrification/2021/05/04/11345626-acf4-11eb-b476-c3b287e52a01_story.html

6. Hamilton RDC. Development is leaving historic black communities in the dust. The Washington Post. Publicado 12 de marzo de 2018. Accedido julio 21, 2022. https://www.washingtonpost.com/opinions/dc-development-is-leaving-historic-black-communities-in-the-dust/2018/03/09/e2b0fbb2-2211-11e8-94da-ebf9d112159c_story.html
7. The Hub - Public Health Liberation. Public health liberation. Accedido 21 de julio de 2022. <https://www.publichealthliberation.com/hub>
8. Braveman PA. Swimming against the tide. *Acad Med.* 2019; 94(2):170e171. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002529>.
9. Bell MB, Schneyer J. Reuters finds lead levels higher than Flint's in thousands of locales. Reuters. Publicado 19 de diciembre 2016. Accedido 21 de julio de 2022. <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-lead-testing/>
10. Before flint: D.C.'s drinking water crisis was even worse. WTOP News. Publicado 7 de abril de 2016. Accedido 21 de julio de 2022. <https://wtop.com/dc/2016/04/flint-d-c-s-drinking-water-crisis-even-worse/>
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Lead exposure in DC: prevention, protection, and potential prescriptions. Before the subcommittee on federal workforce, postal service and the District of Columbia committee on oversight and government reform, US House of representatives (testimony of Ileana Arias, PhD, principal deputy director, centers for Disease control and prevention)* 2010.
12. Van den Besselaar P, Heimeriks G. Disciplinary, multidisciplinary, interdisciplinary: concepts and indicators. *ISSI* 2001: 705e716.
13. Morsy SA. Towards a political economy of Health: a Critical Note on the medical anthropology of the Middle East. *Soc Sci Med* 1981;15(2):159e163. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(81\)90039-9](https://doi.org/10.1016/0160-7987(81)90039-9).
14. Engels F. The condition of the working class in England. In: *The sociology and politics of health*. 2005:22e27.
15. Kimberle Crenshaw, Gotanda N, Peller G, Thomas K. *Critical race theory the key writings that formed the movement*. New York: The New Press; 1996.
16. Israel BA, Coombe CM, Cheezum RR, et al. Community-based participatory research: a capacity-building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. *Am J Publ Health.* 2010;100(11):2094e2102. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.170506>.
17. Michener L, Cook J, Ahmed SM, Yonas MA, Coyne-Beasley T, Aguilar-Gaxiola S. Aligning the goals of community-engaged research. *Acad Med.* 2012;87(3):285e291. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3182441680>.
18. Williams C, Bowser R, Johnson P. Opinion D.C.'s build-build- build mind-set results in more gentrification. The Washington Post. Publicado 19 de marzo de 2021. Accedido 22 de julio de 2022 https://www.washingtonpost.com/opinions/1ocal-opinions/mary-cheh-gentrification-dc-comprehensive-plan/2021/03/11/c0f1d58a-802f-11eb-ac37-4383f7709abe_story.html.
19. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. *Using multivariate statistics*. vol. 5. 2007:37e58.
20. Mervis J. Study identifies a key reason black scientists are less likely to receive NIH funding. *Science.* 2019. <https://doi.org/10.1126/science.aaz7929>.
21. Paskett E, Thompson B, Ammerman AS, Ortega AN, Marsteller J, Richardson DJ. Multilevel interventions to address health disparities show promise in improving Population Health. *Health Aff.* 2016;35(8):1429e1434. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1360>.
22. Hamilton A, Madison J, Jay J. *Federalist no. 10. The Federalist Papers.* 2009:49e54. https://doi.org/10.1057/9780230102019_6.
23. Bales RF, Parsons T, Shils E. *Working papers in the theory of action.* 1953.
24. Vanderstraeten R. Talcott Parsons and the enigma of secularization. *Eur J Soc Theor.* 2012;16(1):69e84. <https://doi.org/10.1177/1368431012449236>.
25. Lane R. Structural-functionalism reconsidered: a proposed research model. *Comp Polit.* 1994;26(4):461. <https://doi.org/10.2307/422026>.
26. Wainwright J. Praxis. *Rethink Marx.* 2022;34(1):41e62. <https://doi.org/10.1080/08935696.2022.2026749>.
27. Williams C. Poor people's campaign. Public health liberation. Publicado 28 de junio de 2022. Accedido 21 de julio de 2022. <https://www.publichealthliberation.com/ppc>
28. Barber WJ, Wilson-Hartgrove J. *Third reconstruction: how a moral movement is overcoming the politics of division and fear*. Boston: Beacon Press; 2017.
29. Foner PS, Branham RJ. *Lift every voice: African American Oratory, 1787-1900*. Tuscaloosa: University of Alabama Press; 1998.
30. The socioeconomic benefits of investing in women's health. World Health Organization. Accedido 21 de julio de 2022. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/report-of-the-commission-on-womens-health-in-the-african-region-who_acsummary-comp.pdf
31. Kirmayer LJ, Gone JP, Moses J. Rethinking historical trauma. *Transcult Psychiatr.* 2014;51(3):299e319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>.
32. Ventres W, Messias E. From ashes to ashes: adverse shared historical experiences and their impact on health outcomes. *South Med J.* 2021;114(11):719e721. <https://doi.org/10.14423/smj.0000000000001317>.
33. Caldwell K. Competitive, unified, selfless: honoring the lord in sports. *Cedarville Magazine.* 2017;5(2):28.
34. Douglass F. *West India emancipation*. Good Press; 2020.
35. Ricks MK. *Escape on the Pearl: the heroic bid for freedom on the Underground Railroad*. Harper Collins; 2007.
36. Mohamed B, Cox K, Diamant J, Gecewicz C.

- Faith among black Americans. Pew research center's religion & public life project. Publicado 16 de febrero 2021. Accedido 4 de agosto de 2022. <https://www.pewresearch.org/religion/2021/02/16/faith-among-black-americans/>.
37. Barber W. A dying mule always kicks the hardest. Bill- Moyers.com. Publicado 17 de noviembre de 2016. Accedido 23 de julio de 2022. <https://billmoyers.com/story/dying-mule-always-kicks-hardest/>
 38. Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Counsel.* 1995;26(1e3):139e144. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00730-n](https://doi.org/10.1016/0738-3991(95)00730-n).
 39. Monroe L. *Blackfeet nation's public health challenges*. Public Health Liberation; 2 de noviembre de 2021. Accedido 3 de agosto de 2022. <https://www.youtube.com/watch?v=49g2ozrb-xFs>
 40. Williams C. Guide for liberation safe spaces and call for space makers. PublicHealthLiberation.com.. Publicado 9 de mayo de 2022. Accedido 24 de julio de 2022. <https://www.publichealthliberation.com/hub/libsafespace>.
 41. Pacheco JF. *The Pearl a failed slave escape on the potomac*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press; 2014.
 42. Thornton JK. African dimensions of the Stono rebellion. *Am Hist Rev.* 1991;1101e1113. <https://doi.org/10.1086/ahr/96.4.1101>.
 43. *An account of the deslondes uprising (1811)*. African American Studies Center; 2015. <https://doi.org/10.1093/acref/9780195301731.013.34181>.
 44. Griffin BJ, Purcell N, Burkman K, et al. Moral injury: an integrative review. *J Trauma Stress.* 2019;32(3):350e362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>.
 45. David EJR. *Internalized oppression: the psychology of marginalized groups*. Springer Publishing Company; 2013.
 46. Duran E, Duran B. *Native American postcolonial psychology*. Suny Press; 1995.
 47. David EJR, Okazaki S. The colonial mentality scale (CMS) for Filipino Americans: scale construction and psychological implications. *J Counsel Psychol.* 2006;53(2):241.
 48. Amaro H, Raj A. On the margin: power and women's HIV risk reduction strategies. *Sex Roles.* 2000;42(7):723e749.
 49. Hwang WC. Demystifying and addressing internalized racism and oppression among Asian Americans. *Am Psychol.* 2021;76(4):596.
 50. Nadal KL, King R, Sissoko DG, Floyd N, Hines D. The legacies of systemic and internalized oppression: experiences of microaggressions, imposter phenomenon, and stereotype threat on historically marginalized groups. *New Ideas Psychol.* 2021;63, 100895.
 51. Carson R. Silent spring. In: *Thinking about the environment*. 2015:150e155.
 52. Greek MS. *Protests: scenes from home rule to the civil rights movement*. Washington, DC: Arcadia Publishing; 2009.
 53. Bell D. Racial realism. *Conn. L. Rev.* 1991;24:363.
 54. What are the risk factors for lung cancer? Centers for Disease Control and Prevention. Publicado 18 de octubre de 2021. Accedido 21 de julio de 2022. https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm
 55. Elman C, Jensen MA. A realist theory of international politics. In: *Realism reader*. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge; 2014:53e59.
 56. Zirin D. From richard collins III to Jordan McNair: the shocking negligence of the university of Maryland. The nation. Publicado 16 de Agosto de 2018. Accedido 22 de julio de 2022. <https://www.thenation.com/article/archive/from-richard-collins-iii-to-jordan-mcnair-the-shocking-negligence-of-the-university-of-maryland/>
 57. Uva strikes back after wave of hate: news: the harvard crimson. News the harvard crimson. Publicado 6 de octubre de 2005. Accedido 21 de julio 2022. <https://www.thecrimson.com/article/2005/10/6/uva-strikes-back-after-wave-of/>
 58. Hsieh S, Harrison E, Phoenix JA, Hamilton R. Asthma and particulate matter pollution: insights from health survey and air quality monitoring in the Buzzard Point, Washington, DC neighborhood. *Environ Justice.* 2021;14(4):254e266. <https://doi.org/10.1089/env.2020.0066>.