



ISSN: 0121-7577 e-ISSN: 2462-8425



Trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe en Medellín, 2023-2024

Recibido en marzo 01 de 2025, aceptado en septiembre 02 de 2025

Citar este artículo así

Díez-López S. Trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe en Medellín, 2023-2024. *Hacia Promoc. Salud.* 2025; 30(2): 95-106. DOI: 10.17151/hpsal.2025.30.2.9

Resumen

Objetivo: esta investigación tiene como objetivo conocer el trabajo en salud realizado por las organizaciones basadas en la fe en Medellín durante el periodo 2023-2024. **Metodología:** se trata de un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, basado en el análisis manual de nueve entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** las organizaciones basadas en la fe abordan la salud desde una perspectiva holística, integrando cuerpo, mente y espíritu, con un enfoque colaborativo centrado en poblaciones vulnerables. Su labor se sustenta en un compromiso espiritual y moral, influenciado por un llamado divino que impulsa el servicio a los demás. Predomina el uso de tecnologías en salud (blandas y blandas-duras), que permiten una atención centrada en lo relacional, la empatía y la construcción de autonomía. En conjunto, estos hallazgos evidencian que las organizaciones basadas en la fe no solo llenan vacíos institucionales, sino que producen salud desde lógicas distintas a las biomédicas, movilizandorecursos simbólicos, afectivos y comunitarios. Su potencial como actores del sistema de salud radica precisamente en su capacidad de articular cuidado, espiritualidad y acción colectiva desde los márgenes. **Conclusiones:** las organizaciones basadas en la fe transforman la atención en salud mediante un enfoque humanizado y comunitario, destacando que el cuidado debe ir más allá de lo técnico para incluir la solidaridad y el servicio. Además, se constituyen como actores clave en la construcción de salud, especialmente en territorios con limitada presencia institucional. Su reconocimiento e inclusión en escenarios de participación social podría potenciar estrategias de atención en salud más inclusivas y culturalmente pertinentes.

Palabras clave

Atención a la salud, educación, proceso de trabajo en salud, organizaciones basadas en la fe, religión (Fuente: *DeCS*, *MeSH*).

* Administradora en Salud, Maestrante en Salud Colectiva, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: stephanie.diez@udea.edu.co.  orcid.org/0009-0002-3232-5785. 



Faith-based organisations' healthcare work in Medellín, 2023–24

Abstract

Objective: This study aims to examine the healthcare activities of faith-based organisations in Medellín between 2023 and 2024. **Methodology:** This qualitative study takes an ethnographic approach and is based on the manual analysis of nine semi-structured interviews. **Results:** Faith-based organisations adopt a holistic approach to health, integrating body, mind and spirit, and focusing collaboratively on vulnerable populations. Their work is grounded in spiritual and moral commitments and is driven by a divine calling to serve others. The predominant use of health technologies (soft and soft-hard) allows for care that focuses on relationships, empathy, and the development of autonomy. Taken together, these findings demonstrate that faith-based organisations not only fill institutional gaps, but also promote health from non-biomedical perspectives, mobilising symbolic, emotional, and community resources. Their potential as actors in the health system lies in their ability to combine care, spirituality, and collective action from the margins. **Conclusions:** Faith-based organisations transform healthcare through a humanised, community-based approach that emphasises care must extend beyond the technical to encompass solidarity and service. Furthermore, they play a pivotal role in shaping health, particularly in areas with limited institutional presence. Recognising and including them in social participation scenarios could enhance more inclusive and culturally relevant healthcare strategies.

Keywords

Healthcare, education, healthcare work process, faith-based organisations, religion (Source: *DeCS, MeSH*).

Trabalho na área da saúde em organizações baseadas na fé, em Medellín, entre 2023 e 2024

Resumo

Objetivos: conhecer o trabalho na área da saúde realizado por organizações baseadas na fé em Medellín, no período de 2023 a 2024. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, com um enfoque etnográfico, baseado na análise manual de nove entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** as organizações religiosas adotam uma abordagem holística à saúde, integrando corpo, mente e espírito, com um enfoque colaborativo centrado em populações vulneráveis. O seu trabalho assenta num compromisso espiritual e moral, influenciado por um chamamento divino que as impulsiona a servir o próximo. Predomina a utilização de tecnologias de saúde (blandas e duras), que possibilitam uma atenção centrada na relação, na empatia e na construção da autonomia. Em conjunto, estes resultados evidenciam que as organizações baseadas na fé não só colmatam lacunas institucionais, como também promovem a saúde através de lógicas distintas das biomédicas, mobilizando recursos simbólicos, afetivos e comunitários. O seu potencial enquanto atores do sistema de saúde reside precisamente na sua capacidade de articular cuidados, espiritualidade e ação coletiva a partir das margens. **Conclusões:** as organizações baseadas na fé transformam os cuidados de saúde através de uma abordagem humanizada e comunitária, salientando que estes devem ir além da componente técnica, incluindo a solidariedade e o serviço. Além disso, constituem-se como atores-chave na construção da saúde, especialmente em territórios com uma presença institucional limitada. O seu reconhecimento e inclusão em cenários de participação social poderia potenciar estratégias de cuidados de saúde mais inclusivas e culturalmente pertinentes.

Palavras-chave

Cuidados de saúde, educação, processo de trabalho em saúde, organizações baseadas na fé, religião (Fonte: *DeCS, MeSH*).

Introducción

A lo largo de la historia, la religión ha sido un motor fundamental para la creación de iniciativas sociales y sanitarias dirigidas a poblaciones vulnerables (1). Tal es el caso de las organizaciones basadas en la fe que se definen por su vínculo con la religión, expresando su religiosidad a través de diversas dimensiones, como su nombre, misión, personal, procesos de toma de decisiones y programas (2).

A nivel internacional, la contribución de las organizaciones basadas en la fe al sector de la salud es significativa, brindando atención y apoyo a grupos desatendidos, construyendo infraestructura y movilizando a un gran número de voluntarios (3). En África, por ejemplo, se estima que entre el 30% y el 70% de la infraestructura de salud es propiedad de o está operada por organizaciones religiosas (4). Casos específicos como los de Lesoto, Malawi, Kenia y Uganda demuestran su papel crucial en la prestación de servicios nacionales de salud, particularmente en áreas como la prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la salud materno-infantil y la capacitación de trabajadores (5-6).

En Estados Unidos, estudios indican que un 87% de las organizaciones basadas en la fe ofrecen servicios sociales y el 57% están comprometidas con programas de educación sobre obesidad, diabetes, salud mental y VIH, estos programas son comunes en iglesias afroamericanas y latinas de Nueva York (6). Este fenómeno también ha sido objeto de estudio en Brasil, donde la religión se manifiesta como un factor preventivo y de recuperación frente a la violencia (7).

A pesar de la relevancia internacional de este fenómeno, en Colombia la información disponible sobre el trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe es escasa y tiene poca visibilidad. Pese a ello, el rol de estas organizaciones como actores sociales y políticos ha comenzado a ser reconocido en el ámbito local, especialmente en Medellín. En el marco de la Política Pública Integral de Libertad de Creencias Religiosas y de Cultos aprobada en 2022 (8), se ha generado una oportunidad para comprender la dinámica de estas organizaciones y el trabajo que realizan en la ciudad. Esta investigación surge del interés por conocer la forma en que estas entidades llevan a cabo sus programas de salud en un contexto de escasa visibilidad académica.

Este estudio se sustenta en conceptos teóricos del campo de la salud colectiva y articula categorías como trabajo en salud, cuidado, tecnologías en salud,

participación comunitaria y proselitismo religioso, para explicar el proceso de producción de la salud en estos grupos sociales. Al recuperar la voz de los actores involucrados, no solo contribuye al conocimiento académico, sino que también visibiliza la labor de estas organizaciones y su aporte a la construcción del tejido social, proporcionando insumos relevantes para el diseño de políticas públicas más inclusivas, que reconozcan la diversidad de saberes, prácticas y creencias en el campo de la salud.

El trabajo en salud desde la perspectiva de las organizaciones basadas en la fe

El trabajo en salud es el eje central de esta investigación, permitiendo comprender cómo las organizaciones basadas en la fe configuran sus prácticas en la producción de salud en Medellín. Históricamente, el trabajo ha sido entendido como una actividad que estructura la vida humana, posibilitando la transformación de la realidad y del propio ser (9,10).

En este sentido, el trabajo va más allá de la mera ejecución técnica, configurándose como un proceso social, creativo y subjetivo ligado a las necesidades, motivaciones y relaciones humanas. La medicina social y la salud colectiva han adoptado esta concepción marxista para analizar el trabajo en salud como un proceso que articula dimensiones técnicas y sociales (11, 12). Desde este enfoque, el trabajo en salud no puede reducirse a un acto mecánico o estandarizado, ya que implica encuentros afectivos y éticos entre trabajadores y usuarios que influyen en la producción de cuidado. Merhy et al. (13) definen este proceso como “trabajo vivo en acto”, resaltando su carácter relacional y singular.

En las organizaciones basadas en la fe, el trabajo en salud adquiere un matiz particular, ya que se entrelaza con una ética de servicio basada en principios espirituales. El trabajo que realizan no solo busca resolver necesidades de salud, sino también dignificar la vida, generar esperanza y transformar realidades de exclusión y sufrimiento desde una perspectiva integral que reconoce la dimensión espiritual del ser humano. Por lo tanto, el trabajo en salud en estas organizaciones no es neutral ni estrictamente técnico, sino que está guiado por valores morales y religiosos que movilizan afectos, vínculos y compromisos comunitarios.

Autores como Mendes (15) y Spinelli (16) sostienen que el trabajo en salud cobra sentido cuando se construye desde la autonomía, creatividad y subjetividad del trabajador, especialmente cuando este actúa como agente ético-político dentro de un

territorio existencial. Esto es especialmente relevante en el contexto de las organizaciones basadas en la fe, donde las motivaciones personales están fuertemente vinculadas a un llamado divino o vocacional. Así, los trabajadores de la salud en estas organizaciones operan no solo como técnicos o funcionarios, sino como mediadores del cuidado, cuya acción está profundamente influenciada por la fe y la espiritualidad.

Además, el carácter artesanal del trabajo en salud en las organizaciones basadas en la fe refleja una resistencia a la lógica industrial de la eficiencia y la estandarización, ya que la singularidad de cada encuentro exige respuestas situadas y sensibles. Esta perspectiva crítica se distancia de las propuestas tradicionales centradas en la productividad y ayuda a comprender por qué el trabajo en salud realizado por las organizaciones basadas en la fe escapa a los marcos institucionales formales. En este sentido, el trabajo producido en estas organizaciones forma parte de un circuito más amplio de cuidado social que opera desde los márgenes, pero con gran capacidad de movilización y transformación comunitaria. Desde esta perspectiva, el análisis del trabajo en salud permite identificar cómo las organizaciones basadas en la fe producen salud no solo como respuesta a necesidades inmediatas, sino también como un acto simbólico y político que redefine los vínculos sociales, restituye dignidades y genera nuevas formas de ciudadanía. De este modo, el trabajo en salud en estas organizaciones se convierte en un espacio de subjetivación, donde los actores reinterpretan sus roles y encuentran en la acción de cuidado una forma de sentido vital y espiritual.

Prácticas y tecnologías del cuidado en las organizaciones basadas en la fe

El concepto de cuidado es fundamental para comprender la naturaleza del trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe, constituyendo tanto una práctica como una ética que orienta sus intervenciones. En el campo de la salud, existen al menos dos perspectivas sobre el cuidado: una vinculada a la salud pública tradicional, de carácter institucional y biomédico, y otra más crítica, arraigada en el pensamiento de la salud colectiva y la medicina social latinoamericana (17,18). La primera tiende a reducir el cuidado al tratamiento clínico de la enfermedad, mientras que la segunda reivindica el cuidado como una práctica social, cultural y política, mediada por el encuentro humano, la reciprocidad y el reconocimiento del otro como sujeto pleno.

En este marco, el cuidado trasciende la asistencia técnica y se convierte en un acto de producción colectiva de salud, en el cual se articulan valores, saberes, experiencias y afectos (19, 20). Desde la salud colectiva, las prácticas de cuidado implican relaciones horizontales, participación activa de los sujetos y reconocimiento de su autonomía. Esta visión se alinea con las dinámicas de las organizaciones basadas en la fe, cuyas prácticas de cuidado están profundamente impregnadas de valores como la solidaridad, la compasión, el servicio desinteresado y el amor al prójimo.

Las organizaciones basadas en la fe, impulsadas por principios religiosos, no solo atienden enfermedades, sino que acompañan procesos de vida, reconstruyen sentidos y brindan apoyo emocional y espiritual a personas y comunidades en situaciones de exclusión, pobreza o abandono. Autores como Batista et al. (21) refuerzan esta idea al señalar que el cuidado es una construcción simbólica y afectiva que se inscribe en la singularidad del otro. En las organizaciones basadas en la fe, esto se traduce en una escucha activa, una presencia compasiva y una atención que reconoce la dimensión espiritual como constitutiva del bienestar. De este modo, el cuidado no es solo una práctica técnica, sino un gesto ético que implica dejarse afectar por el sufrimiento del otro y comprometerse con su dignidad.

El análisis del trabajo en salud no puede separarse del estudio de las tecnologías que lo posibilitan. Desde la salud colectiva, el concepto de “tecnología en salud” no se limita a dispositivos materiales, sino que abarca el conjunto de saberes, prácticas, relaciones y herramientas que se utilizan para producir actos de cuidado (13). Merhy (22) identifica tres tipos de tecnologías en salud: duras –equipamiento, medicamentos, infraestructura–, blandas-duras –saberes estructurados como la clínica o epidemiología– y blandas –vínculo humano, escucha, comunicación–.

Si bien las organizaciones basadas en la fe ocasionalmente utilizan tecnologías duras, su fortaleza radica en el uso predominante de tecnologías blandas y blando-duras, que les permiten intervenir de manera flexible, sensible y situada. El “maletín tecnológico” de las organizaciones basadas en la fe se compone principalmente de herramientas simbólicas y sociales: la palabra, la oración, el consejo, el acompañamiento, la escucha activa, el cuidado espiritual y el consuelo. Estas herramientas, aunque intangibles, tienen un profundo impacto en la salud integral de las personas, especialmente en territorios vulnerables. El trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe se configura como un “trabajo vivo en acto”, un proceso de intervención que se produce

y consume en el mismo momento, donde trabajador y usuario co-construyen soluciones (13). Esto explica su significativo papel en el cuidado de la salud, a pesar de no contar con la misma infraestructura tecnológica que las instituciones formales.

Participación y relación con el Estado

La participación en salud es crucial para entender cómo las organizaciones basadas en la fe se insertan en las dinámicas territoriales y contribuyen al bienestar colectivo. A pesar de que la Declaración de Alma-Ata reconoció la participación comunitaria como esencial, las instituciones a menudo han promovido formas reduccionistas de participación.

La salud colectiva ha cuestionado esta visión, proponiendo una concepción más amplia que implica construcción de ciudadanía y empoderamiento (23). Las organizaciones basadas en la fe, aunque históricamente marginadas de los sistemas formales de salud, juegan un papel central en la movilización comunitaria y la articulación de respuestas desde y con las comunidades. Su capacidad organizativa y legitimidad moral las convierten en actores estratégicos para fortalecer la participación social en salud. Muchas de estas organizaciones realizan actividades de educación, prevención y acompañamiento, incluso sin reconocimiento formal por parte de las autoridades sanitarias. De hecho, como lo plantean Hernández et al. (24), estas organizaciones suplen vacíos del sistema de salud y movilizan recursos humanos y simbólicos que fortalecen los vínculos sociales y mejoran el acceso a cuidados esenciales.

La relación entre el Estado y la religión ha sido compleja. En Colombia, la Constitución de 1991 garantiza la libertad religiosa, pero el Estado no se autodefine como laico, lo que ha generado relaciones ambiguas. La Corte Constitucional colombiana ubica al país dentro de un modelo de Estado “de orientación confesional con tolerancia religiosa”. Esta configuración permite a las organizaciones basadas en la fe actuar como organizaciones legalmente reconocidas, pero mantiene límites a su visibilidad y legitimidad en campos como la salud. A pesar de ello, las organizaciones basadas en la fe en Medellín se han insertado en el campo de la salud como redes de apoyo comunitario y proveedores informales. Su labor ha sido reconocida en la Política Pública Integral de Libertad Religiosa y de Cultos (8); sin embargo, este reconocimiento es incipiente y muchas de sus iniciativas se desarrollan sin apoyo institucional. Esto evidencia que persisten formas de exclusión simbólica y política hacia lo religioso, incluso cuando

opera en función del interés común. El trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe en Medellín desafía las fronteras rígidas entre lo estatal y lo religioso interpelando al Estado a reconocer otras racionalidades y formas de producir salud.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo con diseño etnográfico (25). Se adoptó el paradigma constructivista sociocultural, que concibe el conocimiento como una construcción de significados adquiridos a través de la interacción social (26). En el marco de la investigación en salud, se empleó una etnografía enfocada para estudiar un fenómeno específico. Desde esta perspectiva, la investigación buscó comprender el fenómeno desde la lógica de los actores, analizando sus prácticas, creencias y discursos en su entramado sociocultural. Como lo plantea Galeano (27), el estudio abordó la realidad social como una construcción histórica, recuperando la voz y experiencia de los participantes “desde adentro”.

Población y muestra

El estudio se centró en líderes e integrantes de las organizaciones basadas en la fe legalmente constituidas en Medellín y registradas ante la Cámara de Comercio. De 136 registros iniciales, la muestra final se limitó a ocho organizaciones basadas en la fe activas que cumplieran los criterios de formalidad y funcionamiento. La selección de los participantes fue intencional, priorizando su rol y experiencia en el trabajo comunitario en salud.

La población de estudio, en su mayoría mujeres entre 30 y 45 años, presentaba una alta formación académica y una variedad de ocupaciones, incluyendo profesionales de la salud, administradores y voluntarios. Se observó una diversidad confesional, abarcando organizaciones cristianas católicas, protestantes y otras con un enfoque de atención a la salud que trasciende lo puramente religioso.

Las dimensiones de análisis se estructuraron en torno a cuatro categorías principales emergidas de las entrevistas: el trabajo en salud, los procesos de conformación de equipos, las tecnologías utilizadas y los significados que los participantes le atribuyen a su labor. A través de un microanálisis riguroso, estas categorías iniciales se expandieron a 9 categorías y 10 subcategorías adicionales, lo que permitió una

comprensión más profunda y detallada del fenómeno estudiado.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Las entrevistas semiestructuradas fueron la principal técnica de recolección de información, con un total de nueve entrevistas realizadas. Esta técnica se complementó con 6 observaciones participantes, llevadas a cabo en brigadas o eventos de salud organizados por las organizaciones basadas en la fe. Estas observaciones, con una duración promedio de 4 a 6 horas cada una, permitieron a la investigadora integrarse en roles logísticos o mantener una posición de observadora, registrando sus hallazgos en un diario de campo para una comprensión más profunda del fenómeno.

Procedimiento de análisis de datos

Para analizar los datos, se utilizó un enfoque de análisis etnográfico basado en la propuesta de Strauss et al. (28) y complementado por los aportes de Galeano (27) y Restrepo (25). El proceso se dividió en tres etapas: una reflexión analítica inicial, que incluyó la escucha de grabaciones y la relectura de transcripciones para registrar primeras intuiciones; una codificación abierta, que consistió en la lectura línea por línea para identificar unidades de significado y agruparlas en categorías; y una codificación axial, donde las categorías y subcategorías se organizaron en una matriz de análisis para establecer conexiones y elaborar diagramas temáticos.

Este proceso riguroso permitió una comprensión más profunda del fenómeno, pasando de cinco categorías predefinidas a nueve categorías y diez subcategorías emergentes. Estas se articularon en torno a una categoría central que guio el análisis: trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe. Esta metodología garantizó un análisis detallado y una integración teórica sólida de los hallazgos.

Consideraciones éticas

La investigación se rigió por los principios de respeto y confidencialidad. Antes de iniciar la recolección de información, se aplicó un consentimiento informado individual, garantizando el anonimato mediante el uso de nombres ficticios y la privacidad de los participantes. Las entrevistas y registros fueron resguardados de forma segura. Además, se obtuvo aval del comité de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia bajo el número de acta 263 CEI-FE.

Resultados

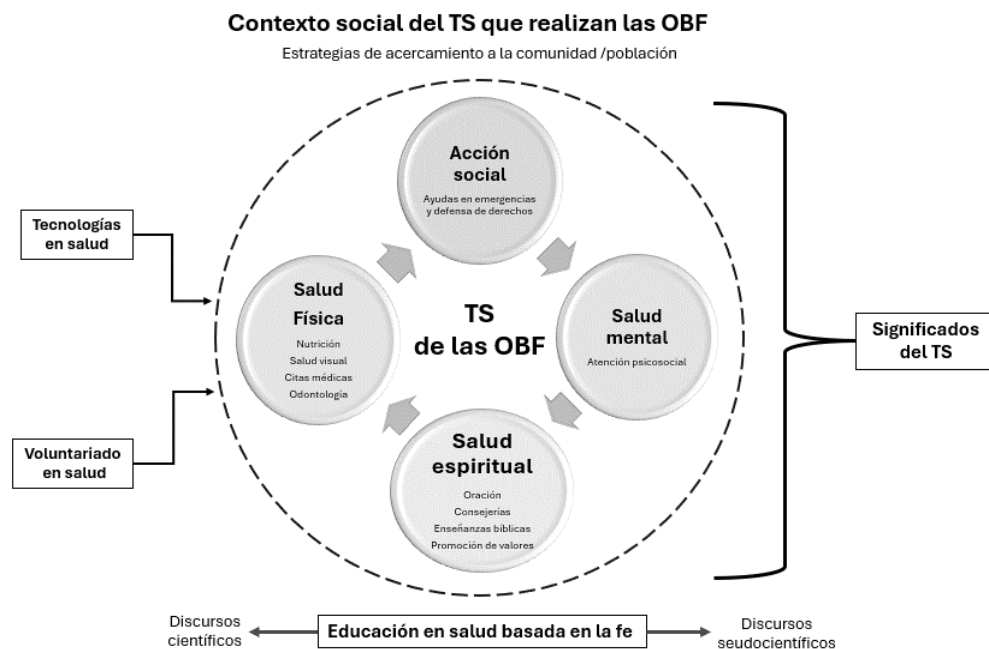
El trabajo en salud que realizan las organizaciones basadas en la fe en Medellín es un proceso dinámico y relacional, impulsado por la autonomía de sus integrantes, quienes sustentan sus acciones en sus propios valores y creencias. Este estudio profundizó en las estrategias, dimensiones y tecnologías de su labor, revelando un enfoque holístico que trasciende la simple asistencia.

En su esfuerzo por conectar con las comunidades, las organizaciones basadas en la fe utilizan una doble estrategia. Por un lado, se apoyan en los líderes religiosos de sus congregaciones, quienes “detectan” las necesidades más urgentes dentro y alrededor de sus lugares de culto. Posteriormente, los voluntarios inspeccionan la zona y en ocasiones, realizan una caracterización socioeconómica para recolectar información precisa sobre el estado de la población. Por otro lado, establecen alianzas con líderes de organizaciones sociales, como las Juntas de Acción Comunal, quienes les “abren el campo” en territorios con mayores necesidades. Este enfoque les permite identificar problemas críticos como la desnutrición infantil o la falta de aseguramiento en salud. “Nosotros con los pastores o con los líderes de esa población hacemos una caracterización, una visita y podemos atraerlos acá y contactar los profesionales y brindar la atención en esa necesidad que se tiene” (Participante 5, entrevista personal).

Las organizaciones basadas en la fe operan principalmente en zonas con altos índices de pobreza, debilitamiento institucional y exclusión social. Las acciones en salud están dirigidas a poblaciones vulnerables, niños, mujeres, personas mayores y migrantes y responden a carencias como la desnutrición infantil y el bajo acceso a servicios de salud, especialmente en sectores donde la atención en salud es precaria o inexistente.

Las dimensiones del trabajo en salud y su enfoque holístico

El trabajo de las organizaciones basadas en la fe se fundamenta en una perspectiva holística, que reconoce la interconexión entre el cuerpo, la mente y el espíritu y abarca cuatro dimensiones a saber: la salud física, la salud mental, la salud espiritual y la acción social, cada una con sus actividades y dinámicas propias; sin que una se privilegie sobre otra, sino que se intersecan, según las necesidades identificadas en el contexto (Figura 1). Esta perspectiva guía sus acciones y les permite proyectarse en el entorno social.

Figura 1. Dimensiones del trabajo en salud que realizan las organizaciones basadas en la fe

Fuente: elaboración propia

La salud física se aborda desde la promoción y la atención directa. Las organizaciones realizan brigadas de salud con servicios de medicina general, optometría, odontología y entrega de medicamentos donados por laboratorios y aliados. Asimismo, apoyan a las personas en la consecución de citas médicas y brindan asesorías para la portabilidad del seguro de salud.

Algo que también hace la Fundación es que, cuando las familias tienen dificultades con el aseguramiento en salud, ya sea Sisbén o EPS o cuando es población migrante, que no tienen acceso a los servicios de salud, nosotros acá tenemos al médico que les da una cita y atienden acá a la población, se les atiende. Y si requieren el medicamento, nosotros se los proveemos (Participante 5, entrevista personal).

Por su parte, la salud mental se trabaja a través de la atención psicológica y psicosocial. En el caso de los niños, se crean espacios lúdicos y recreativos para que puedan expresar sus emociones y desconectarse de las problemáticas que viven en sus hogares.

[...] cuando los niños llegan a este espacio, vienen cargados de todas las problemáticas de su casa, todas. Si no hay con qué para el arriendo, si no hay con qué pagar los servicios, si no hay comida. A mí muchos de los niños me dicen, profe nos tenemos que mudar de pieza; porque debemos tres piezas y hoy mi papá y mi mamá se están mudando o varios de los... Entonces eso afecta mucho a los niños (Participante 4, entrevista personal).

La salud espiritual opera bajo la perspectiva de la cura espiritual. A través de consejerías, espacios de oración y lectura de pasajes bíblicos, los líderes espirituales ofrecen apoyo y escucha a las personas en momentos de crisis. Esta dimensión busca que las personas se conecten con su fe y fortalezcan valores. “Es un líder espiritual quien ora por las mujeres, quien les hace saber que hay un Dios, que en sus momentos difíciles ellas pueden contar, pueden hablar con alguien y pues ha sido un proceso muy bonito” (Participante 2, entrevista personal).

La acción social se manifiesta en dos frentes: la asistencia humanitaria y la defensa de derechos. En situaciones de emergencia, las organizaciones proveen alimentos, refugio y ropa para los afectados.

A la vez, actúan como intermediarios entre la comunidad y las autoridades, abriendo espacios para asesorías jurídicas para denunciar situaciones de abuso y maltrato, especialmente en mujeres y niños.

Cuando hubo una inundación en la vereda vecina del colegio [...] nosotros compramos, eh... alrededor de 10 millones de pesos en colchonetas, colchones, ollas, cobijas, ropa y a través de la inspección de policía que queda ahí al lado del peaje, lo llevamos todo, artículos absolutamente nuevos, eh... con el compromiso de la Policía de entregar y de darnos un acta de a qué familia le estaban entregando los... los elementos ¿Por qué lo hicimos allá?, porque son vecinos y necesitaban una ayuda en un momento de crisis (Participante 8, entrevista personal).

de asesorías, eventos comunitarios o conversaciones casuales, así como cuando las personas acuden directamente a la organización en busca de ayuda.

[...] nos encontramos casos. Un caso de abuso sexual y este caso fue remitido, porque digamos que, este no estaba justamente dentro del censo que se había programado, sino que a la niña la estaban peinando luego la mandaron para psicología; la niña quiso ir a psicología a hablar con la psicóloga y le comenta que estaba siendo abusada. Entonces, en ese momento la psicóloga, nosotras dijimos cómo, o sea, estamos juntas; entonces, la psicóloga no es creyente, pero la psicóloga me dijo: mira, tengo este caso; entonces, necesito que lo atiendas. (Participante 9, entrevista personal).

Las tecnologías del trabajo en salud

Para materializar su trabajo, las organizaciones basadas en la fe utilizan un “maletín tecnológico”, entendido como las estrategias del hacer para producir salud. Este, según Merhy (14), está compuesto por tres tipos de tecnologías: duras, blandas-duras y duras. Si bien se encuentran algunas tecnologías duras, como la gestión de espacios o la movilización de recursos, el enfoque principal está en las tecnologías relacionales y del encuentro. “No tengo que ir a pedir, sino que las personas me dicen, venga, tengo una... algo, tengo, por ejemplo, una cama, ¿la necesita?... llego directamente a uno y ya uno, ya la reparte” (Participante 1, entrevista personal).

Las tecnologías blandas-duras corresponden a los conocimientos estructurados, destacándose la educación para la salud como el andamiaje principal. Ella es la vía por la que se materializan las acciones y la atención en salud que, desde un ámbito comunitario, buscan influir positivamente en el bienestar de la población mediante charlas y talleres, abordando temas como prevención de enfermedades crónicas y transmisibles, hábitos saludables, manejo de emociones, planificación familiar, entre otros.

Dentro de este tipo de tecnologías también se destaca la estrategia que se ha denominado “activación de ruta”, la cual consiste en remitir casos complejos a las autoridades o al sistema de salud cuando la organización no tiene la capacidad de atenderlos. Estos casos se detectan de múltiples formas, ya sea a través

Ahora bien, las tecnologías blandas, las cuales son relacionales y del encuentro, son el corazón del trabajo de las organizaciones basadas en la fe. Permiten crear vínculos de confianza para que las personas puedan hablar de su vida, problemas y traumas. Un participante describe su labor con los habitantes de calle de la siguiente manera: “[...] Que ellos puedan sentir de que hay personas que les valoramos y que les queremos... poderle decir, venga, usted puede salir de ahí, usted puede salir de ahí”. (Participante 1, entrevista personal).

Los talleres de concientización, donde se cuenta con la escucha, el diálogo y el reconocimiento del otro, son herramientas esenciales para ayudar a las personas a sanar. Un ejemplo de su efectividad es el de una mujer que, “a través de un ejercicio de reflexión, logró recordar y hablar de un trauma de abuso infantil que había reprimido por años”. (Participante 2, entrevista personal).

El voluntariado en el trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe

El voluntariado es un elemento central y vital para la labor de las organizaciones basadas en la fe. Los líderes y voluntarios, a través de su servicio, se convierten en un canal para compartir los frutos de su fe. Para los líderes y voluntarios, el trabajo en salud es un llamado divino y un deber moral de servicio a los demás. Esta motivación espiritual y moral es la que impulsa la labor de las organizaciones basadas en la

fe, que buscan dignificar la vida y generar un impacto positivo en la comunidad.

Tenemos 70 voluntarios y dentro de esos 70 voluntarios; tenemos odontólogos, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, tenemos nutricionistas. Tenemos, eh... abogados, contadores, auxiliares contables. Eh... Tenemos personas estudiantes de diseño, que nos aportan su granito de arena, también en tratar de evidenciar un poco en las redes sociales, lo que hacemos [...] (Participante 5, entrevista personal).

El voluntariado en las organizaciones basadas en la fe se percibe como un acto de servicio desinteresado, impulsado por el deseo de ayudar a los más vulnerables. Este impulso nace al observar las necesidades de otros y se fortalece con las propias experiencias de superación, que sirven de inspiración. Aun así, este trabajo conlleva desafíos significativos, ya que los líderes a menudo enfrentan sentimientos de soledad e impotencia al no contar con los recursos económicos y físicos suficientes, lo que los obliga a financiar muchas de sus actividades con recursos propios. A esto se suman los señalamientos de otros líderes y la discriminación institucional, que les ha cerrado puertas y ha restado importancia a su labor.

Yo decía ¡que rabia!, Señor, qué rabia; pues eso... porque uno no deja las emociones. ¡Uno siente una impotencia! Yo me paré ese día delante de Dios y de verdad, yo lloraba y yo le decía, ¡Dios mío, este trabajo social como es de pesado!, o sea, yo lloraba, como es de pesado conseguir los refrigerios (Participante 4, entrevista personal).

Otro día fuimos a la biblioteca... a la, fuimos... a la, a la feria, a la feria [...] dijimos ¡Ahora sí, este año vamos a buscar la posibilidad de participar ahí! [...], porque nosotros sí tenemos [con que participar]. Nos dijeron, mándenlos la foto de donde ustedes están y la vitrina de los libros que tienen. Les mandamos la foto con la vitrina, todos los contenidos. Nos dicen de la administración de la feria [...]: ese tipo de contenidos no cabe acá (Participante 3, entrevista personal).

Discusión

Las organizaciones basadas en la fe adoptan un enfoque de la salud holístico que desafía la visión mecanicista y fragmentada de la medicina occidental. Su labor no solo complementa los servicios formales, sino que también ofrece una concepción alternativa de la salud, valorando las tecnologías relacionales como la escucha y la empatía. Este énfasis en el encuentro humano y la dimensión espiritual resaltan una forma de producir salud que cuestiona la primacía del conocimiento técnico-científico sobre el conocimiento popular y las creencias.

El análisis del trabajo en salud que realizan las organizaciones basadas en la fe en Medellín, a la luz de la micropolítica del trabajo en salud (13-14), se reconoce la autonomía de los actores y una praxis de cuidado para dar forma a su labor, trascendiendo las estructuras formales del sistema de salud; es decir, que no está limitada por el espacio físico de una clínica o un hospital, sino que se despliega desde el territorio existencial del sujeto, en otras palabras, desde sus referentes ético-políticos y sus cosmovisiones religiosas, las cuales operan en un campo invisible del cuidado y actúan como una brújula moral, lo que dota a su labor de un profundo significado y una notoria capacidad de adaptación.

El voluntariado en las organizaciones basadas en la fe, visto como un “llamado divino”, opera fuera de las lógicas de productividad convencionales. Impulsado por la fe y la compasión, este trabajo es una expresión del “trabajo vivo en acto” (13) y del “deseo de servir” (29), que convierte espacios cotidianos en escenarios de atención donde el encuentro y la escucha son fundamentales. Sin embargo, esta singularidad genera una tensión con las determinaciones macropolíticas, como las normativas estatales que buscan despojar a estas organizaciones de su identidad religiosa. La manera en que las organizaciones basadas en la fe navegan entre su misión espiritual y las exigencias institucionales define la singularidad de su trabajo y su resistencia a la instrumentalización de su labor.

Otro aspecto crítico del trabajo de las organizaciones basadas en la fe es su enfoque en la educación en salud, una práctica que no es neutral en valores; ya que, según Steinholt (30), puede coexistir con la prédica ético-religiosa. Esta práctica busca generar cambios en los hábitos de vida e incidir en la conducta, la ética y la moralidad de los individuos. La literatura académica, con autores como López (31) y Garza et al. (32), refuerza la idea de que la educación es un proceso relacional que valora la dignidad humana y la formación en valores.

No obstante, una visión más compleja de esta práctica es que, si bien la promoción de valores como la compasión y el autocuidado es beneficiosa, el carácter inherente de sus creencias puede influir sutilmente en la educación, difuminando la línea entre la información sanitaria y la formación religiosa. Esta dualidad evidencia que el trabajo de las organizaciones basadas en la fe puede ser instrumentalizado por entidades gubernamentales para cumplir sus propios objetivos, restando importancia a las motivaciones de las organizaciones. También existe el riesgo de que la influencia religiosa desmedida interfiera con enfoques científicos y basados en la evidencia que caracterizan a la medicina moderna.

Finalmente, bajo la perspectiva de la salud colectiva, el trabajo de las organizaciones basadas en la fe puede ser comprendido como una práctica relacional y política que emerge desde el territorio y responde a condiciones materiales y simbólicas específicas. La inclusión de la religión como un objeto de análisis legítimo permite entender el proceso salud-enfermedad-cuidado-atención (33); ya que estas organizaciones son una manifestación de religiosidad popular que moldea sentidos y prácticas de cuidado.

Su labor resalta la capacidad de las personas para organizar el cuidado y fomentar la participación comunitaria, movilizando recursos y respondiendo a las necesidades de la comunidad, lo que se traduce en una forma de agencia social que ejerce el derecho a la salud más allá de las instituciones formales. Aun así, presenta desafíos para su integración en un sistema de salud con lógicas biomédicas y laicistas. Su falta de formalización y la dependencia del voluntariado y de las donaciones, aunque reflejan su autonomía, pueden generar intermitencia y afectar la sostenibilidad de los programas. La clave está en conciliar su fuerza ética con la necesidad de una estructura que garantice la continuidad y calidad de la atención a largo plazo, sin que ello implique una pérdida de su identidad espiritual.

Conclusiones

Desde la micropolítica del trabajo en salud, las organizaciones basadas en la fe construyen espacios de cuidado que se sostienen en el deseo de servir y en la creatividad del trabajo vivo en acto. Esta forma de acción no solo transforma la vida de las comunidades a las que sirven, sino también a quienes ejercen el cuidado, al permitirles resignificar sus saberes, afectos y convicciones. En estos procesos, las tecnologías blandas –la escucha, la fe, la compasión– adquieren un lugar central, superando la lógica instrumental de las tecnologías duras y abriendo paso a prácticas más integrales y humanizantes.

Aunque muchas veces no son reconocidas como actores legítimos por parte del Estado o de las entidades oficiales, la labor de las organizaciones basadas en la fe demuestra una capacidad notable para movilizar recursos, construir redes de apoyo y dar respuesta a problemáticas estructurales, especialmente en contextos donde el sistema de salud no hace presencia. Esta exclusión, sin embargo, responde a una visión reduccionista del cuidado, que privilegia el conocimiento técnico y deja por fuera a otros saberes y prácticas igualmente válidas.

En suma, el trabajo en salud de las organizaciones basadas en la fe constituye una forma legítima y valiosa de producción de cuidado, que interpela al campo sanitario a ampliar su marco comprensivo. Esta investigación invita a reconocer a las organizaciones basadas en la fe como actores relevantes en la construcción de la salud, a promover su inclusión en los espacios de participación y formación y a fomentar políticas públicas más sensibles a las múltiples formas de producir vida, bienestar y comunidad desde los territorios y las espiritualidades.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflictos de interés.

Referencias bibliográficas

1. Hugen B, Venema R. The difference of faith: the influence of faith in human service programs. *Journal of Religion y Spirituality in Social Work: Social Thought*. 2009;28(4):405-429. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15426430903263310>
2. Bopp J, Fallon E. The future of health care: a faith-based perspective. St. Louis (MO): Catholic Health Association of the United States; 2013.
3. Olarinmoye OO. Faith-Based Organizations and Development: Prospects and Constraints. *Transformation*. 2012;29(1):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0265378811427985>.
4. Butler MW. Developing pediatric surgery in low- and middle-income countries: An evaluation of contemporary education and care delivery models. *Seminars in Pediatric Surgery*. 2016;25(1):43-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2015.09.008>.
5. Nicol JU, Iwu-Jaja CJ, Hendricks L, Nyasulu P, Young T. The impact of faith based organizations on maternal and child health care outcomes in Africa: taking stock of research evidence. *The Pan African Medical Journal*. 2022;43(168). Disponible en: <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.168.32983>.
6. Deroose KP, Williams MV, Branch CA, Flórez KR, Hawes-Dawson J, Mata MA, et al. A community-partnered approach to developing church-based interventions to reduce health disparities among African Americans and Latinos. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2019;6(2):254-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40615-018-0520-z>.
7. Ribeiro FML, Minayo MC de S. Sentidos del trabajo religioso en contextos marcados por la violencia: estudio en un complejo de favelas en Río de Janeiro. *Salud Colectiva*. 2018;14(2):273-88. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1492>.
8. Alcaldía de Medellín. Acuerdo 052 de 2022: Por el cual se adopta la política pública integral de libertad de creencias religiosas y de cultos en el Municipio de Medellín. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín; 2022.
9. Marx K. El Capital. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
10. Wlosko M. El trabajo en la obra de Marx: un análisis conceptual. *Argumentos*. 2015;28(77):169-88. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300010.
11. Laurell AC. Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*. 1978; 17:59-79. Disponible en: <http://cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP.17/17.7.AsaCristina.pdf>
12. Laurell AC. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. *Serie PALTEX Salud y Sociedad* 2000;3. 1993. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3293>.
13. Merhy EE, Magalhães HS, Rodrigues AC, Oliveira D, Franco TB, Silva Neto AJ, et al. O trabalho em saúde: o ato de cuidar, o fazer e o gerenciar. *Saúde Soc*. 2006;15(2):23-38. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.62>.
14. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. 3rd ed. São Paulo: Hucitec; 2011. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73111763003>.
15. Mendes EV. Uma agenda para a saúde: textos selecionados. São Paulo: Hucitec; 1992. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-11635>.
16. Spinelli H. Las políticas de salud: una revisión crítica del proceso. *Salud Colect*. 2014;10(3):289-301. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2014.34001>.
17. Almeida N, Paim JS. La crisis de la salud pública: reflexiones sobre la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-239549>.
18. Cardozo JM. La noción de cuidado en salud colectiva: un debate teórico-conceptual. *Interface (Botucatu)*. 2019;23. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/51518>.
19. Hersch-Martínez C, Salamanca-González J. El cuidado como acción política en salud colectiva. *Saúde Soc*. 2022;31(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>.
20. Seixas CT, Merhy EE, Nunes M. O cuidado como ato de produzir saúde. *Saúde Debate*. 2016;40(109):174-84. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.874>.
21. Batista M, Merhy EE. Cuidado em saúde: uma discussão sobre el trabajo vivo en ato. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):341-52. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es&tlng=es.
22. Merhy EE. O agir em saúde: o trabalho vivo em ato. *Saúde Debate*. 2021; 45:11-20. Disponible en: <http://isico.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/24>.
23. Blandón G, Jaramillo M. Participación social en salud en Colombia: un análisis crítico. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2018;36(1):103-12. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>.
24. Hernández A, Montoya G, Rincón E. El papel de las organizaciones de la sociedad civil en la atención primaria en salud. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2015;17(5):764-75. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81742138017>.
25. Restrepo J. La investigación cualitativa y el análisis etnográfico. En: Galeano M, editor. *Investigación cualitativa en salud: Fundamentos, técnicas y estrategias*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2016. p. 105-24. Disponible en: <http://bdjc.iiia.unam.mx/items/show/77#lg=1&slide=0>.

26. González-Tejero M, Pons R. Constructivismo sociocultural: Bases epistemológicas y pedagógicas para una enseñanza reflexiva. *Rev Electrónica Invest Educ.* 2011;13(1):1–19. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412011000100001&lng=es&tlng=es.
27. Galeano M. Estrategias de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2004. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3063194.pdf>.
28. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
29. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs – vol. 1 capitalismo e esquizofrenia*. 2ª ed. São Paulo: Editora 34; 2011.
30. Steinholt O. Helseopplysere--vår tids profeter? Om helseopplysning og religion [Health educators-prophets of our time. Health education and religion]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 1990;110(30):3935–8.
31. López M. Educar la libertad. Más allá de la educación en valores. México: Editorial Trillas; 2001.
32. Garza TJ, Patiño GS. Educación en valores. México: Editorial Trillas; 2000.
33. Arias BE, Torres B. Veinte años construyendo la Salud Colectiva. La experiencia de la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Antioquia. *Cuadernos del Doctorado*. 2017;18. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Morales_Borrero_Carolina/publication/319151130_Salud_Colectiva_Salud_Publica_Estamos_hablando_de_lo_mismo/links/5994fbb10f7e9b98953b0302/Salud-Colectiva-Salud-Publica-Estamos-hablando-de-lo-mismo.pdf.