

Algunas reflexiones a los veinticuatro años de la ALAMES*

Edmundo Granda^a †

Introducción

Es muy difícil abordar en toda su amplitud las diferentes facetas de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) durante sus primeros veinte y cuatro años de vida. ALAMES es una asociación que une personas e instituciones ubicadas en diferentes ámbitos (academia, movimientos sociales, políticas y servicios de salud, investigación), que dirige su atención a la producción de conocimientos en el campo, pero que, a su vez, tiene una intencionalidad política definida, además de que obra como un engarce solidario entre sus miembros.

ALAMES tiene, entonces, una historia que une varias historias; mismas que deberían ser contadas con base en un proceso de investigación más profundo y serio de lo que trata de hacer este trabajo. En esta aproximación tan sólo intentaremos hablar sobre algunas cuestiones: a) los rasgos históricos y el significado del término medicina social y b) la definición de nuestras características particulares. Proponemos, por otro lado, visitar tres movimientos simultáneos que van: c) desde la preocupación centrada alrededor del concepto salud-enfermedad, al énfasis en la categoría práctica de salud; d) desde la insistencia por establecer las diferencias disciplinaria, a la búsqueda de unidad en la acción; y e) desde el

espacio académico a otros espacios de la práctica para, por último, centrarnos en visualizar f) algunas perspectivas.

Rasgos históricos y significado del término medicina social

En 1984, año de nacimiento de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Juan César García¹ en el último documento que escribe y que trata sobre la *Presentación* del libro *Ciencias sociales y salud en la América Latina*, contesta a la pregunta *¿Cuál es la historia y el significado del término medicina social?* en la siguiente forma:

Mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa... El concepto (medicina social), a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los "problemas sociales" y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud. Asimismo, el término de medicina social se entrelazaba con las nuevas concepciones cuantitativas sobre la salud y la enfermedad, abandonando la visión de la diferencia cualitativa entre estos estados. Su uso siempre tenía un carácter combativo, apoyando los principios fundamentales de las revoluciones de 1848.

^a Al momento de su deceso, el 24 de abril de 2008, era profesor de las Universidades Nacional de Loja y Central del Ecuador y profesional nacional de la representación de la OPS/OMS en el Ecuador.

Recibido: 15 de enero del 2008

Aprobado: 25 de febrero de 2008

¹Juan César García. *Pensamiento Social en Salud en América Latina*. México: McGraw-Hill – OPS/OMS, 1994.

Cuatro son las características fundamentales que Juan César asigna al término medicina social, acuñado en la Europa del siglo XIX: a) la naturaleza social de la enfermedad; b) la responsabilidad del Estado en la solución de la misma; c) la posibilidad de ser analizada cuantitativamente, haciendo uso del creciente instrumental matemático y estadístico producido por las ciencias naturales y d) el carácter combativo y revolucionario de la propuesta.

Juan César García es, sin lugar a dudas, uno de los impulsores de la medicina social latinoamericana, y bien podríamos decir, un fundador de ALAMES, razón por la que reproducimos sus ideas como una síntesis interpretativa de los debates que venían sucediéndose desde la década de los años cincuenta y sesenta del siglo XX en la región, alrededor de la posibilidad de forjar una disciplina diferente a la salud pública y a la medicina preventiva. La misma que debía tener las cuatro características indicadas: integrar el pensamiento social, supeditarse a los cánones de la ciencia, ampliar la responsabilidad del Estado, y tener un compromiso político con el cambio.

La medicina social intenta lograr su identidad en contraposición a la salud pública, la misma que desde su nacimiento en Inglaterra se *orientaba*, en las palabras de Franco y Nunes: *más a las acciones prácticas relacionadas con medidas de saneamiento y consideraba al Estado como un agente complementario de la iniciativa privada.*² Mientras que para la versión norteamericana, con asiento en la Universidad “Johns Hopkins”, que luego se difundiría por todo el continente americano, la salud pública dirige su atención a la formación de los oficiales públicos de los departamentos de salud estatales.

La naciente medicina social critica a la salud pública su proyección elitista e idealista y su énfasis tecnista y estatalista, así como su vocación conservadora.

También critica a la medicina preventiva, en las palabras de Arouca, ésta constituye un

*...movimiento ideológico que intentaba transformar las representaciones sobre las prácticas médicas sin intentar, con todo, ser un movimiento político que realmente transformase estas prácticas. De esta forma, su discurso mantenía una relación de organicidad con el movimiento histórico vivido por la sociedad norteamericana, representando una lectura civil y liberal de los problemas de salud... la medicina preventiva aparece como una práctica ideológica ligada a los grupos hegemónicos de la sociedad civil y existiendo como una norma que se instaura, por sus propias contradicciones, en el terreno de la articulación de la medicina con lo económico.*³

En cambio la medicina social, en sus orígenes europeos, aparece para Arouca como *un movimiento de modificación de la medicina, ligada a los propios cambios de la sociedad.*

Adquiere también otra tendencia que la ubica en

*...los límites de las ciencias actuales... una tentativa de redefinir la posición y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer demarcaciones conceptuales, colocar en cuestión los cuadros teóricos, en fin, se trata de un movimiento a nivel de la producción de conocimientos que, reformulando las indagaciones básicas que posibilitaron la emergencia de la medicina preventiva, intenta definir un objeto de estudio en las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial... Se trata de un discurso que procura su organicidad en la contradicción de las clases sociales, asumiendo una posición delante de estas contradicciones.*⁴

² Saúl Franco y Everardo Nunes. “Presentación”. En: *Debates en Medicina Social*. Quito: ALAMES – OPS/OMS, 1991.

³ Sergion Arouca. *O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

⁴ Ibid.

Lo anterior obliga a la medicina social a reflexionar sobre las ciencias sociales que habían venido guiando el pensamiento y la práctica de la salud pública convencional y de la medicina preventiva. Al respecto, los participantes en la *Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud (Cuenca I)*⁵ en Cuenca, mayo de 1972, critican la aproximación funcionalista de la sociología médica dominante, en la siguiente forma:

El análisis funcionalista –centrado en el análisis estático de los fenómenos sociales, eliminando el carácter de proceso de dichos fenómenos, y desligado de la base material en la cual éstos se producen- se transformó en el modelo prevalente de ordenamiento del conocimiento en ciencias sociales...Las consecuencias teóricas de esta integración son que la sociología médica, entendida ésta como la aplicación del análisis funcionalista a los problemas de salud, ha contribuido a una concepción estática y a una descripción formalista de la relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos, en general. En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social.

La medicina social latinoamericana: señas particulares

Los participantes en dicha reunión recomendaron construir un modelo alternativo que debe reunir las siguientes características:

- *Centrarse en el análisis del cambio*

⁵ José Álvarez Manila, Héctor Apezechea, Hesio Cordeiro, Everardo Duarte, Domingos Gandra, Carlos Escalante, Lourdes García, Juan César García, Claudio Jimeno, Yolanda Machado, Hugo Mercer, Emma Rubín de Celis, Francisco Villagrán, Rodrigo Yépez. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*, 8(4): 390-407, 1974.

- *Incluir elementos teóricos que permitan investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas*
- *Permitir el análisis tanto de niveles específicos de la realidad como de niveles estructurales y las relaciones entre ambos.*

Ante las limitaciones encontradas con el funcionalismo y ante los requerimientos anteriormente indicados, se considera que la única vertiente del conocimiento y de la acción que puede dar respuesta a la complejidad de la realidad actual y de las propuestas teóricas y prácticas para construir el quehacer en salud futuro, es el materialismo histórico y dialéctico. Juan César García en su trabajo *Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*⁶, publicado en 1983, analiza esta situación y delimita el ámbito filosófico en el que debe moverse la medicina social. Reconoce en este documento la existencia de corrientes idealistas y materialistas y, obviamente, se define por las materialistas. Dentro de las materialistas establece que el marxismo es el que permite el análisis más adecuado y científico ya que posibilita *conocer objetivamente la esencia de los objetos del mundo exterior, oponiéndose a todas las formas de agnosticismo, como el positivismo y el kantismo*. Se inclina, además, por las tendencias analíticas marxistas que hacen mayor énfasis en las fuerzas productivas, antes que aquellas que dan primacía a las relaciones de producción. Critica al neopositivismo y a la fenomenología, reconociendo que la proyección radical en el campo de la salud por parte de la fenomenología había tomado ribetes reaccionarios al coincidir con las propuestas neoliberales de reducción de la responsabilidad del Estado en salud y de traslado de la misma a la sociedad civil.

Juan César García, como habíamos indicado, considera con mucha decisión y claridad que el avance de la medicina social radica en su matrimonio con el marxismo y deslinda

⁶ Juan César García. *Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud*. Educación Médica y Salud. *Pensamiento Social en Salud en América Latina*. México: Interamericana – OPS/OMS, 1994.

cualquier posibilidad que otras corrientes puedan liderar, aunque sí apoyar el empeño. En otras palabras, la potencialidad de integrar el pensamiento social con la medicina, su proyección científica, la potencialidad de analizar y recuperar la responsabilidad del Estado en la salud, y el compromiso político con el cambio, deberían ser asumidos a través del método histórico-estructural.

Esta proyección tuvo mucha fuerza en el momento mismo del nacimiento de ALAMES aunque no fue la única, ya que desde otros sectores de la misma medicina social se consideraba que los marxismos se encontraban en debate. Otros, en cambio, creían que la ciencia no constituía la respuesta única a todos los males existentes en el campo o que los servicios de salud proporcionados por el *Estado Benefactor Limitado* de América Latina debían ser defendidos, pero también criticados ante su burocratización; o que el pensamiento excesivamente determinista desde lo estructural y lo económico sobre la enfermedad y sobre las respuestas sociales en salud conducía a nuevas versiones de funcionalismo de izquierda; o que la ausencia de una reflexión profunda sobre la categoría salud no diferenciaba grandemente esta iniciativa de la criticada salud pública tradicional. A pesar de las diferencias, todos los actores de la medicina social estaban y están de acuerdo que la base de sustento y de unión del pensamiento y del quehacer en este campo es la idea del cambio, esto es la transformación de la situación de salud de nuestras poblaciones.

ALAMES, al nacer en 1984, en Ouro Preto, reúne -a mi modo de ver- diversas tendencias bajo el paraguas del marxismo, el mismo que constituye la amalgama que posibilita la unión de los similares y la convocatoria a los diferentes, dinamiza una importante producción teórico - metodológica, apoya el desarrollo de importantes acciones y productos relacionados con la salud, pero también, para algunos de los que participan en nuestras reuniones y congresos, configura, en un inicio, un cierto “dogmatismo”, una imagen de “sectarismo” y de un posible alejamiento de la “realidad real”, con el consiguiente enamoramiento de una “realidad creada” en las academias.

No quiero discutir aquí sobre las posibilidades absolutas o relativas del marxismo, pero sí es importante indicar que aquellas nociones de la medicina social décimonónica europea, las mismas que ya las he mencionado: compromiso político con el cambio, salud-enfermedad como hecho social, importancia de la ciencia en la construcción de la disciplina y la responsabilidad del Estado en este campo, fueron excelentemente amalgamadas por el marxismo. En esa medida, los productos teóricos y metodológicos en los primeros años de existencia de ALAMES, y en el decenio anterior a su nacimiento, tienen un sello histórico-estructural marcado y es el que al mismo tiempo define nuestras señas particulares que nos llevaron a diferenciarnos de la salud pública convencional y de la medicina preventiva norteamericana. La naciente medicina social vive un momento, como lo demostró la segunda reunión de Cuenca,⁷ en 1983, caracterizado por el intercambio de conocimientos entre grupos de investigación y docencia, fundamentalmente ubicados en las universidades, que ratifican el papel determinante de lo social y económico sobre el comportamiento de la salud-enfermedad y sobre las respuestas sociales en este campo. En otras palabras, la epidemiología va ganando un condumio social al introducir desde el materialismo histórico las categorías producción y trabajo como ejes del pensamiento. Igual ocurre con la administración en salud, la misma que también amplía su horizonte de visibilidad hacia el ámbito del análisis del Estado, la política, la crítica a la planificación tradicional, las tecnologías en salud. El área de la educación del personal de la salud es considerada como un espacio de producción de ideologías y de talentos, profundamente determinada por lo que ocurre en la formación económica social.

Del concepto salud-enfermedad a la categoría práctica en salud

Las cuatro nociones que menciono, dinamizadas en el yunque del método histórico-estructural,

⁷ Everardo Duarte (organizador). *Ciencias Sociales y Salud en América Latina*. Montevideo: OPS – CIESU, 1986.

posibilitaron, en un inicio, cumplir con nuestra necesidad de diferenciarnos de la salud pública y la medicina preventiva, con miras a establecer nuestra señas particulares y construir los elementos conceptuales de la medicina social pero, en el mismo momento en que nacía la medicina social, los compañeros y compañeras de Brasil nos recomendaban reflexionar sobre la potencialidad de utilizar otra categoría, la de *Salud Colectiva*, para acoger a toda esta nueva proyección teórica y práctica en el campo de la salud. Al fin y al cabo, toda medicina es social y *lo que no existe es una medicina no social*,⁸ nos había dicho Foucault.

Sonia Fleury propone: *tomar lo colectivo en sus manifestaciones histórico-concretas... como objeto de análisis y campo de intervención*.⁹ Al así proceder, estableceríamos un objeto que se halla caracterizado por las *prácticas sociales de la medicina que procuran recuperar o mantener la salud y comprendería también los procesos mismos que mantienen la salud o provocan la enfermedad...* Así, *el objeto de esta disciplina no estaría representado por cuerpos biológicos sino por cuerpos sociales; en otras palabras, no se trata de meros individuos, sino de sujetos sociales, de grupos y clases sociales y de relaciones sociales referidas al proceso salud-enfermedad*, nos propone Pereira.¹⁰ Al así pensar y proceder es posible cumplir con aquello que habían visualizado Donangelo y Campos, esto es:

1. La relativa superación del proyecto original de la medicina preventiva en su subordinación inmediata al objeto de la clínica. Consecuentemente, la posible reorientación de lo colectivo, que ya no está reducido necesariamente al conjunto de influencias sociales que inciden sobre el individuo. 2. El aumento, si no la propia

⁸ Michele Foucault. Primera Conferencia. Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro: policopiado, 1975.

⁹ Sonia Fleury. Las ciencias sociales en salud en el Brasil. En: Everardo Duarte, *Ciencias Sociales y Salud en América Latina*. Op. Cit.

¹⁰ J.C. Pereira, *A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil*, citado por Fleury Sonia. Las Ciencias... Op. Cit.

*dislocación, del acento puesto en la cuestión de salud/enfermedad, en relación con la cuestión de la práctica de la salud de acuerdo con distintas perspectivas (de la administración de servicios al análisis de la práctica sanitaria en sus articulaciones políticas e ideológicas).*¹¹

La salud colectiva brasileña propone que nuestro objeto de reflexión e intervención no sean *meros individuos*, sino *sujetos sociales* y también recomienda dislocar el acento puesto sobre la cuestión de la *salud/enfermedad* hacia la *práctica de la salud*, lo cual, para mi modo de entender, apoya la ampliación del horizonte de visión y acción de la salud colectiva - medicina social, y posibilita una relación mucho más directa con aquellas prácticas médicas y no médicas que ayudan a promover la salud y prevenir y tratar la enfermedad.

La medicina social, bajo la recomendación de la salud colectiva, debería ampliar su preocupación hacia las prácticas y no sólo al desciframiento de los determinantes de la enfermedad. Al así proceder, podría también ampliar su campo de visión, ya que no vería solamente a la enfermedad y a la muerte, sino que también podría mirar a la salud y a la vida; no solamente explicaría las causas de la enfermedad, sino que también podría interpretar las formas de vida que producen salud; no solamente analizaría la medicina determinada por el desarrollo de las fuerzas productivas, sino que ampliaría su preocupación y acción hacia las prácticas médicas o no médicas determinadas o emergentes relacionadas con la salud y la enfermedad.

La salud colectiva brasileña propone dislocar el acento puesto en la *salud/enfermedad* hacia la categoría *práctica de la salud*, pero aquella voz no se halla sola, sino que desde otros ámbitos también se recomienda que la reflexión y la acción de la medicina social se dirija hacia el ámbito de la práctica; uno de ellos es Mario Testa quien, en ese entonces, había producido ya

¹¹ M. Donnangelo y O. Campos Formacao de cuadros de pessoal para a saúde e producao de conhecimentos na área médica, citado por Fleury Sonia. Ibid.

una buena parte de los sustentos para repensar la planificación como una práctica política y no solamente como una propuesta técnica.

Lo anterior nos permite introducirnos en un segundo movimiento:

De la diferenciación disciplinaria a la unidad en la acción

Si bien en nuestros primeros años de vida nos esforzamos insistentemente por establecer nuestras señas particulares e hicimos énfasis en las diferencias con la medicina preventiva y la salud pública, con la ampliación de nuestro objeto de estudio hacia la *práctica de la salud* y el compromiso con el cambio como eje permanente en nuestra proyección, nos fue posible identificar recursos teóricos, metodológicos, técnicos, éticos, estéticos en múltiples disciplinas, prácticas sociales y funciones estatales, que podrían apoyar la comprensión y acción en nuestro campo. En otras palabras, aceptamos que los que laboramos bajo el manto de la medicina social, la salud colectiva y la salud pública alternativa, podemos caminar juntos en la medida en que logremos establecer una propuesta similar de transformación de las prácticas de salud; es decir, podamos **identificarnos en cuanto programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud, a ser construido con el aporte de voluntades diversas y métodos consensuados**. Esa parece ser la identidad de la medicina social, y es la que nos habría facilitado hacer un uso crítico de las teorías, proponer aproximaciones metodológicas distintas y utilizar diferentes técnicas en la medida en que todas ellas puedan dar cuenta de los compromisos del presente y de fines u objetivos amplios, como, por ejemplo, constituyen la reforma sanitaria brasileña o el gobierno en salud de la Ciudad de México, o el comando del Ministerio de Salud de Venezuela, o la propuesta de salud de Rosario; u objetivos más circunscritos relacionados con reivindicaciones sociales dirigidas a la salud, o propuestas relacionadas con el avance de las instituciones públicas para el mejor desarrollo de las acciones de salud.

Para mi modo de ver, la potencialidad actual y futura del trabajo conjunto entre medicina social, salud colectiva y salud pública puede producirse por la apertura de esa puerta que permite a la medicina social – salud colectiva mirar las prácticas en salud y comprometerse con su transformación. Al así proceder, la medicina social pasa paulatinamente desde una propuesta disciplinaria a un movimiento que no pretende determinar cursos inflexibles de intervención técnico-normativos, sino que más bien parece conformarse como una fuerza que interpreta los acontecimientos y propone potencialidades de fortalecimiento de la acción que ayuden a dinamizar y mejorar el presente, así como inventar futuros nuevos y más equitativos

Pasamos entonces de la medicina social desde el afán de poseer la verdad, hacia una propuesta de construcción conjunta en cuanto práctica de transformación. Esta situación corrige en buena medida aquella proyección un tanto “dogmática” y “prometeica” de algunos de nosotros en nuestros momentos constitutivos, para pasar a proponer una medicina social abierta a nuevas metáforas que traen renovadas interpretaciones y variados métodos. Es el momento en que la medicina social tiene necesariamente que hacer una reflexión sobre la necesidad de que la ciencia camine con la ética, en la medida en que cada día comprendíamos mejor que la ciencia moderna transformada en fin y medio debía autocriticarse para reconocer que los hombres y las mujeres siempre pondrán los fines mientras que la ciencia constituirá nada más que un medio. En esa medida, los afanes excesivos por una cientificidad positiva de los albores de la ALAMES dan paso a la concepción que la razón instrumental constituye nada más que una forma de producir conocimientos y de accionar alrededor de la salud, pero no como la única forma de hacerlo. Me parece que también comprendemos que más vale sumergirse en la realidad y producir un saber conjunto con la población -que al vivir produce su salud y que a través de su acción la defiende- que producir una supuesta evidencia desgajada de la práctica social.

En otras palabras, estaríamos ampliando nuestro campo de acción, que al inicio se constituía

como un quehacer de intervención técnica-normativa, a una acción interpretativo-mediadora o *cuidadora*. Al respecto, Ayres sostiene que la salud colectiva tiene una doble posibilidad de encaminar su quehacer; puede dirigirse al éxito técnico o al logro práctico. *La idea de logro práctico* -nos dice Ayres- *se orienta para un nítido cambio de los horizontes normativos, buscando la subsunción del control de la enfermedad hacia el reconocimiento y respeto a las necesidades fundamentales del ser humano.*¹²

De la academia a otras prácticas de salud

Nacida la medicina social -al igual que la salud colectiva- en las aulas e institutos de investigación universitarios, ha debido paulatinamente aprender a enfrentar el complejo problema de comprender los lenguajes del conocimiento y las artes e instrumentos del poder que se manejan en las instituciones de salud. Ha debido comprender el mundo del poder-ser a más de explicar el mundo del deber-ser. La salud colectiva brasileña había venido extendiéndose y conquistando estos nuevos espacios de la práctica al ritmo y calor de la Reforma Sanitaria. En otras palabras, la Reforma Sanitaria ha dibujado los nuevos paisajes que la salud colectiva debe pintar; salud colectiva y Reforma Sanitaria parecen tocar una sinfonía en un mismo piano a dos manos. Esto no es igual en otros países de América Latina, dónde la medicina social tiene que abrir estrechas puertas que en ocasiones se cierran inmediatamente; otras veces, abre puertas o derriba muros para deambular por nuevos espacios dónde no dispone de la habilidad y los instrumentos adecuados para ocuparlos; en otras ocasiones intenta posicionar sus propuestas en ámbitos dónde las agencias financieras supranacionales ponen las reglas del juego ,cifradas en las leyes del mercado y en el costo-beneficio.

Los nuevos espacios de la práctica en salud requieren visualizar aspectos que posibiliten, por

¹² José Ricardo Ayres. Conceptos y Prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 20(2): 67-98, julio-diciembre de 2002.

un lado, impulsar la participación social como medio para pavimentar los caminos de la democracia y la equidad y, por otro lado, luchar por la corrección de los defectos encontrados en nuestras instituciones de salud, tales como la fragmentación de los servicios públicos, presupuestos disminuidos, infraestructura deteriorada y descrédito de lo público. La medicina social ha podido sustentar, cuando se encuentra en el espacio del gobierno de la salud, como bien indica Cristina Laurell en su experiencia en la ciudad de México, *que la salud es un derecho de la población y una responsabilidad del gobierno como guardián del interés público*. Pero dicha declaración ha podido verse operacionalizada a través de acciones que llevan a coberturas cada vez más amplias de la población, la redistribución progresiva del presupuesto en salud y cambios organizativos y de gestión profundos y globales para lograr lo que Laurell propone:

*democratizar el cuidado de la salud, reducir desigualdades en la enfermedad y la muerte y remover obstáculos económicos, sociales y culturales para el acceso; fortalecer las instituciones públicas como la única opción socialmente justa y económicamente sustentable que garantiza el acceso igual y universal a la protección de la salud; alcanzar la cobertura universal disolviendo la conexión entre acceso y capacidad económica o posición en el mercado de trabajo; ampliar los servicios para la población no asegurada; lograr igualdad en el acceso a los servicios existentes; y crear solidaridad a través del financiamiento fiscal y distribución de los costos de la enfermedad entre los enfermos y los sanos.*¹³

Lo importante de la medicina social cuando se hace gobierno es que constituye entonces la posibilidad de ejercer una acción guiada por principios ético-políticos, los mismos que a su vez dirigen las intervenciones técnicas,

¹³ Asa Cristina Laurell. What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government. *American Journal of Public Health*, (93)12: 2021 - 2024

económicas y administrativas. Para la medicina social, la reforma sectorial no constituye una propuesta de simple mejoramiento del quehacer, sino una labor de posicionar los fines y derechos humanos para ordenar y dinamizar los medios.

Pero los fines y los derechos humanos no pueden alcanzarse sin el empoderamiento de la población para que los demande y los defienda. La medicina social y la salud colectiva han sido fieles desde su nacimiento a esta necesidad. Las reflexiones y experiencias vividas alrededor de este tópico han constituido, posiblemente, uno de los aportes más importantes que la medicina social -en cuanto disciplina- ha podido brindar al pensamiento y práctica social en salud. En otras palabras, la medicina social – salud colectiva, ha puesto por delante los fines y derechos humanos en el pensamiento, acción y gobierno en salud y, al mismo tiempo, ha concebido que aquellos fines y derechos no podrán alcanzarse sin el control social poblacional.

Perspectivas

Cuatro son las características fundamentales que Juan César García había asignado al término medicina social, acuñado en la Europa del siglo XIX, y que podrían constituir una guía para nuestra acción en América Latina: a) compromiso político con el cambio; b) salud-enfermedad como hecho social; c) importancia de la ciencia en la construcción de la disciplina; y d) responsabilidad del Estado en el campo de la salud.

Hemos intentado delinear en esta aproximación algunas cuestiones: a) los rasgos históricos y el significado del término medicina social y b) la definición de nuestras señas particulares. Propusimos, por otro lado, visitar tres movimientos simultáneos que van: c) desde la preocupación centrada alrededor del concepto salud-enfermedad, al énfasis en la categoría práctica de salud; d) desde la insistencia por establecer las diferencias disciplinaria, a la búsqueda de unidad en la acción; y, e) desde el espacio académico a otros espacios de la práctica.

Conforme habíamos indicado anteriormente, parece que a través de la medicina social venimos construyendo nuestra identidad como **programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con el aporte de voluntades diversas y métodos consensuados**. En esa medida, la potencialidad de nuestro avance radicará en la ampliación de experiencias de **transformación** en el ámbito de la salud colectiva que permitan abrir espacios y caminos para la lucha por salud como un derecho a través del compromiso y empoderamiento poblacional.

Lo anterior obliga a todos los que somos parte de la medicina social a enfrentar constantemente el reto de criticar, conservar y superar nuestros horizontes de visión y conocimientos y, al mismo tiempo, fortalecer aquellas prácticas que buscan no sólo éxito técnico, sino *logro práctico*. Es decir, ejercer el deber y derecho de *cuidar* nuestras poblaciones. Al hacerlo, desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda Testa de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación, comprendiendo además que aquello podrá darse siempre y cuando los actores individuales y sociales se constituyan igualmente en sujetos que construyen su salud, *en una lid permanente contra las dificultades del propio organismo y del medio ambiente*,¹⁴ enriqueciéndose con el aporte científico que traen las ciencias y tecnologías y ejerciendo su poder y derecho en cuanto ciudadanía. La reflexión amplia y diversa que lleva al rescate de elementos científicos y de otros tipos de sabiduría práctica para la construcción de las verdades útiles para el logro de la salud es otro de los aspectos importantes de la medicina social – salud colectiva en sus veinte y cuatro años de madurez. En otras palabras, en nuestro compromiso como movimiento práctico político que lucha por el derecho a la salud es fundamental que podamos “digerir” todos los posibles aportes científicos y prácticos que puedan colaborar en ese empeño.

Me parece que desde la medicina social, ante el debilitamiento del Estado pero con la

¹⁴ Roberto Passos Nogueira. *A Saúde pelo Avesso*. Op. Cit.

insurgencia de los nuevos movimientos sociales y *globalización de las resistencias*, se abre un reto diverso. Debemos comprender que nuestra potencialidad actual para apuntalar el fortalecimiento de la salud de las colectividades, el fortalecimiento de las instituciones debilitadas, la lucha por el trabajo digno y el propio desarrollo de nuestra disciplina, radica en la necesidad de transformarnos en intérpretes, mediadores de esas nuevas fuerzas que surgen en este momento de globalización.

Para posibilitar el avance de la medicina social también tendremos que considerar con mayor preocupación nuestra realidad organizativa y superar nuestras limitaciones para lograr una existencia más continuada. Mario Hernández expresa al respecto lo siguiente: *ojalá logremos darle a la ALAMES una forma de organización y*

*de gestión que permita asumir el reto de propiciar cambios estructurales en nuestros sistemas y políticas de salud para avanzar significativamente en el derecho a la salud en todos nuestros países. Como estamos hoy, apenas logramos hacer congresos cada cierto tiempo. Pero, hacia delante, se requiere mayor organización, recursos, movilización, capacidad de respuesta oportuna, entre otras cosas.*¹⁵

* El presente trabajo fue presentado originalmente en un formato más amplio en el IX Congreso de Medicina Social *La Salud: un Derecho a Conquistar*, Lima, Perú, 11 al 15 de agosto de 2004.



Medicina Social
Salud Para Todos

¹⁵ Comunicación personal.