

Presentación de *Medicina Social*

Los Editores

Si un lector tomara una revista titulada *Cardiología* o *Dermatología* tendría una idea bastante clara acerca del tipo de artículos que podrían ser encontrados en su interior. Es menos claro cual podría ser el contenido de una revista titulada *Medicina Social*. Como disciplina, la medicina social tiene muchas raíces y muchas ramas. La medicina social ha adquirido una variedad de significados en la medida en que diversas escuelas de la misma (o de su derivada, la medicina comunitaria) han surgido en distintas partes del mundo. ¿Qué es, entonces, lo que el lector debe esperar de esta revista, *Medicina Social*?

La naturaleza de la medicina social

A pesar de la diversidad en su expresión, algunas ideas fundamentales subyacen detrás del concepto de medicina social. La más importante es que la estructura de la sociedad influye profundamente quien va a ser sano y estar bien. Las sociedades tienen ciertos patrones característicos de enfermedad y a menudo conceptos radicalmente divergentes de lo que constituye la salud. Como nos hacemos cargo del sufrimiento humano responde a imperativos tanto sociales como biológicos. En resumen, la realidad biológica de la existencia humana es inextricablemente una cuestión social.

Académicamente, más que intuitivamente, estas ideas pueden ser referidas hasta la era de los médicos europeos del período de la Revolución Industrial. En ese entonces, los datos estadísticos eran cada vez más accesibles para las grandes ciudades de Europa y era posible demostrar en forma estadística lo que era visible a plena vista: comparadas con las de los ricos, los pobres y la clase trabajadora tenían vidas más cortas y más enfermedad. Los médicos tenían consciencia de que las condiciones sociales de la clase trabajadora eran causas fundamentales de enfermedad y muchos

usaban estos conocimientos para criticar las condiciones políticas y sociales del capitalismo temprano.

Al final del siglo XIX, la patología y la microbiología parecían dar respuestas definitivas a las preguntas de cómo y porqué se enfermaba la gente. Las explicaciones sociales dejaron de ser consideradas. Dado que estas planteaban preguntas políticamente “difíciles”, era mejor dejarlas al margen de la educación de una profesión que buscaba crear un monopolio del cuidado de la salud. La medicina resultante, que se llamó “biomedicina”, se proclamaba fundada en la biología y de por ello, ser altamente científica. Sin embargo, al pasar del tiempo, hemos aprendido a apreciar que el programa de la biomedicina es bastante limitado. Podemos, por ejemplo, comprender los detalles moleculares de los como y los porqué del virus de la inmunodeficiencia. Esta comprensión es insuficiente y mínima para explicar los patrones de propagación del virus. Más importante es el hecho que, aunque pudiéramos desarrollar los medios técnicos para tratar el virus (y ojala la vacuna para prevenirlo), la microbiología y la patología no nos han dicho como hacer llegar estas intervenciones a la gente que más las necesita. ¿Podemos aspirar a combatir la pandemia de diabetes tipo II sin comprender conciente y críticamente, la política económica de la agricultura en el mundo moderno?. Una medicina que no tiene conciencia social es un gigante con pies de barro.

La biomedicina moderna se considera a sí misma impermeable a las consideraciones sociales y preocupada solo por la biología de fondo. Al hacer esto, solo logra enfatizar el grado de desconocimiento que tiene de las fuerzas que la mueven. Cuando Abraham Flexner revolucionó la enseñanza de la medicina en los Estados Unidos uno de los resultados fue una aguda restricción al acceso de las mujeres y de los negros a la profesión

medica. Esto difícilmente puede ser explicado por un imperativo de las ciencias biológicas. Sin embargo, fue una decisión que continúa impactando profundamente el tipo de práctica médica actual. Una biomedicina socialmente neutra es simplemente un cuento de hadas.

Esperamos que esta revista pueda servir como catalizador para revitalizar la discusión concerniente al rol y la importancia de los factores sociales dentro del campo de la medicina. El cuidado de los pacientes individuales no puede hacerse en la ausencia de una apreciación conciente del contexto social.

El Médico como Defensor Natural de los Pobres

En este primer número publicamos el informe de Rudolf Virchow de 1848 sobre la epidemia de tifus en Silesia. El documento se ha convertido en piedra angular de la medicina social. Concluyendo su informe, Virchow escribe: “la Medicina nos ha llevado imperceptiblemente al campo social y nos ha ubicado en una posición que nos enfrenta directamente a los grandes problemas de nuestro tiempo.”

Nos proponemos en *Medicina Social* mantenernos firmemente en la rica interfase entre el cuidado clínico y la crítica social. Hay una razón -nuevamente citando a Virchow- por la que los médicos son los defensores naturales de los pobres. El trabajo diario de la mayoría de los médicos se desarrolla interactuando con las vidas de gente que no es ni rica ni poderosa. La desnutrición, la falta de atención médica, las malas condiciones de vivienda y trabajo, las adicciones, la violencia. Todos los problemas sociales del mundo contemporáneo entran cada día al consultorio del médico. Los detalles prácticos de las determinantes sociales de la salud están en la ‘letra chica’ del contrato en nuestro trato cotidiano con los pacientes.

En términos concretos: ¿Qué es lo que significa ser un defensor natural de los pobres a comienzos del siglo XXI? El contexto social general para el surgimiento de la medicina social se encuentra en la Revolución Industrial. El amplio contexto social en

el que se desarrolla hoy en día la atención en salud es el de una creciente globalización en el marco del imperialismo moderno. Este último se enfrenta con puntos de vista ampliamente divergentes respecto al significado de la atención en salud.

La Organización Mundial de la Salud, creada al final de la Segunda Guerra Mundial, enunció una visión amplia y holística de la salud como un estado de bienestar. Esta visión se extendió más tarde, en la Declaración de Alma Ata de la OMS en 1978, que criticaba la división internacional del trabajo, requería la expansión de la atención primaria y fijaba la meta de Salud para Todos en el Año 2000. Esta visión está animada por la idea de que la salud es un bien intrínseco, de que el acceso a su atención es un derecho humano fundamental, y que la responsabilidad para su promoción y mantenimiento no sólo reside en los individuos sino también en el Estado.

Nada podría estar más lejos de la realidad del sistema global de salud que está actualmente emergiendo. Aunque cada país es diferente, el plan es el mismo. La salud es considerada, no como un bien público o un derecho humano, sino como una disciplina para mantener productivas a fuerzas de trabajo como soporte del desarrollo económico o como una mercancía para ser comprada y vendida. Se nos dice que una distribución racional de los recursos de salud ocurrirá solamente en un mercado más o menos regulado -una postura sin base en ninguna experiencia histórica. Y es así que el financiamiento público de la atención en salud está siendo cada vez más restringido y encauzado hacia corporaciones privadas. La atención de la salud se convierte en una mercancía, los pacientes en clientes, los servicios clínicos en líneas de producción. Por lo tanto, es razonable que la medicina académica y la investigación se conviertan en doncellas de las grandes casas farmacéuticas. Dado que es obvio, aún para los ideólogos más extremos, que el mercado no va a resolver los problemas de salud de los pobres, tenemos ahora para ellos una serie de programas de salud puntuales y de bajo costo, actualmente representados en las Metas de Desarrollo del

Milenio. Solo se financiarán las intervenciones más limitadas, costo-efectivas y “basadas en la evidencia”. En vez de atención primaria y un sistema público de salud funcional, los pobres reciben un financiamiento global verticalizado para el SIDA, la tuberculosis y la malaria. La gran meta de Salud para Todos en el Año 2000 ha sido resignada al basurero de la historia. Esta es la bien fundamentada, bien aceptada y bien promocionada ideología de la salud corporativa e imperialista del Siglo XXI. Tristemente, las numerosas lecciones de la medicina social han sido olvidadas. El SIDA, la tuberculosis y la malaria son todas enfermedades arraigadas en realidades sociales. No serán erradicadas sin tratar esas realidades sociales. Las dificultades para financiar totalmente el Fondo Global y las Metas de Desarrollo del Milenio sencillamente subrayan el contexto social dentro del cual estas enfermedades han prosperado.

¿Qué significa ser el “defensor natural de los pobres” en el año 2006? Significa promover la visión de una salud holística al alcance de todos.

El rol distintivo de la Medicina Social latinoamericana

América Latina ha visto el desarrollo de una diferenciada escuela de medicina social capaz de ser tanto una participante activa en la arena política como de mantener en alto grado el pensamiento crítico y autónomo. El modelo adoptado por América Latina es descrito por Debora Tajer en su análisis sobre las formas en las que la Medicina Social difiere de la clínica médica y la salud pública tradicionales.

1. La Medicina Social estudia a las poblaciones como colectivos y no simplemente como una suma de individuos aislados.
2. La Medicina Social examina la lógica interna y el rol social de las instituciones de salud. Si las instituciones de atención de la salud tienen la capacidad de reforzar las relaciones sociales de dominación existentes, pueden también desarrollar alternativas para estas relaciones.

3. La Medicina Social mira a la salud y a la enfermedad de una manera dialéctica. La atención de la salud no existe en forma aislada, es parte de un proceso histórico.
4. La Medicina Social enfatiza el hecho de que los procesos sociales e históricos son determinantes de la relación entre salud, enfermedad y atención tanto para los individuos como para los grupos sociales.
5. La praxis, el entretrejo de teoría y activismo político, permite abordajes teóricos a la salud que no describen meramente la realidad sino que promueven un cambio social.
6. La Medicina Social busca desarrollar una metodología que enriquece la investigación cuali y cuantitativa con perspectivas históricas. Haciendo esto intenta superar las limitaciones de un abordaje positivista y reduccionista común tanto a la clínica médica tradicional como a la salud pública.¹

La rica experiencia histórica de la Medicina Social latinoamericana permite un cierto optimismo en este comienzo del Siglo XXI. Hay diversas escuelas nacionales en toda la región y un cuerpo de profesionales con extensa experiencia política y técnica. La pobreza y la polarización que existen en todo el continente, que recuerdan de muchas maneras las condiciones imperantes en los comienzos de la Revolución Industrial, obligan a cualquier discusión teórica a permanecer firmemente anclada en la realidad regional.

La tradición latinoamericana ha sido relativamente desconocida dentro del mundo angloparlante. Una de las metas fundacionales de esta revista es derribar este bloqueo lingüístico y comenzar una discusión entre la Medicina Social latinoamericana y el mundo angloparlante.

¿Qué principios guían esta revista?

1. La Medicina Social posee un rico legado histórico, mucho del cual se ha perdido o ha sido suprimido. Los actuales debates sobre las desigualdades de la salud y la equidad han sido prefigurados en los primeros trabajos sobre

medicina social. Podemos recurrir a esta literatura para inspiración.

2. Cualquier discusión sobre salud es inevitablemente una discusión internacional. Nuestra revista se dirige a una audiencia global y busca fomentar un diálogo internacional. Por lo tanto, publicaremos inicialmente tanto en inglés como en castellano, esperando incorporar otros idiomas en el futuro.
3. Las publicaciones académicas están en gran parte en manos de los países desarrollados. Reconocemos esto y vamos a organizar esta revista de tal manera que pueda ser lo más acogedora posible para autores y lectores de diferentes países. Crearemos un sistema de tutoría a través de nuestra revisión por pares, que ayudará a los autores de países no anglófonos para que puedan publicar su material.
4. Buscaremos publicar material que es ignorado o mal recibido en otros lugares. El encuentro de la "Asamblea para la Salud de los Pueblos" en 2005 pasó desapercibido para la prensa mundial y particularmente para la prensa médica (con la notable excepción del British Medical Journal). Nos esforzaremos para asegurar que voces como la de la Asamblea reciban más atención internacional.
5. La revista buscará promover el activismo y la organización política en apoyo a las metas de Salud para Todos de Alma Ata y la visión holística de la salud presente en la Carta de la OMS. Esto requerirá una movilización civil para el reconocimiento de que el derecho a la salud es tanto un derecho humano fundamental y para la implementación de sistemas públicos universales de atención de la salud.
6. La revista producirá material científicamente sólido, intelectualmente honesto, libre de condicionamientos comerciales, y que esté claramente escrito y presentado. El acceso a la revista será abierto y gratuito para autores y lectores.

¿Cuales son nuestros planes para la revista?

Medicina Social se publicará cuatrimestralmente. Será publicada inicialmente en inglés y en castellano. Desde el 2007, las ediciones simultáneas en inglés y castellano saldrán en enero, abril, julio y octubre.

En muchos sentidos, funcionaremos como una revista académica tradicional, siguiendo las normas del IJCE, usando un riguroso sistema de revisión por pares y poniendo el foco en publicaciones científicas. Sin embargo habrá importantes diferencias en la manera de funcionar de nuestra revista. No aceptaremos publicidad ni financiamiento de compañías farmacéuticas. Gracias a la disponibilidad de software gratuito de publicación de revistas de Open Journal Systems podemos funcionar con un presupuesto relativamente pequeño. No tenemos la intención de cobrarle ni a los autores ni a los lectores y no aceptaremos publicidad. Todos los editores trabajan como voluntarios *ad honorem*. Tenemos importantes gastos de traducción y derechos de autor por lo cual aceptaremos donaciones con agradecimiento. Adheriremos al Acuerdo Común de Copyright que permite la reproducción con atribución de la fuente excepto cuando está indicado de otra forma. Esperamos usar algunos de los rasgos especiales de las revistas on-line tales como la posibilidad de incluir videos o audio.

Tenemos la intención de usar el sistema de revisión por pares no solamente como un medio para asegurar la calidad científica sino también, cuando sea apropiado, como un medio de tutoría para los autores. Los autores que provienen del mundo no anglófono se enfrentan con un sinnúmero de barreras para publicar su trabajo en la literatura médica internacional. Nuestra intención es ofrecer a los autores cuyos trabajos consideramos de mérito la oportunidad de trabajar con un par revisor/tutor para mejorar la calidad de la presentación de su trabajo. Esperamos que este sistema abra la literatura médica a artículos que, de otra manera, no serían publicados.

Inicialmente la revista se publicará con seis secciones y una columna editorial. Con el tiempo se

podrán agregar secciones. Invitamos a los autores a presentar sus trabajos en las siguientes secciones:

1. Investigación Original
2. Clásicos en Medicina Social
3. Estudio de Casos en Activismo en Salud
4. Práctica de la Medicina Social
5. El Maletín de la Medicina Social
6. Noticias & Eventos

Los autores deben consultar nuestro sitio Web para información detallada con respecto el envío para estas secciones. También deben tener en cuenta que sus trabajos serán traducidos tanto al

inglés como al castellano y publicados en las versiones en inglés y en español. Para obtener información más específica, por favor consulte nuestro sitio Web.

Bienvenidos a nuestra revista.

Los editores

Referencias

1. Tajer D. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. Am J Public Health 2003; 93(12):2023-2027.

