

TEMAS Y DEBATES

ALAMES en clave de futuro. Una reflexión prospectiva en los 40 años de nuestra Asociación*

ALAMES in a Future Key. A Prospective Reflection on the 40 Years of Our Association

Saúl Franco Agudelo. Cofundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva; Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Santo Tomás, Bogotá, Colombia.
Email: saulf franco@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4687-5545>

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v18i3.2025.2347>



Introducción

No es poca cosa sobrevivir cuarenta años, y, más aún, si se trata de un pensamiento contrahegemónico y de una organización con presencia regional y escasos recursos materiales. En la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva –ALAMES– lo hemos logrado. Estamos felices por eso y esperamos seguir lográndolo muchos años más.

Aprovechando la oportunidad de este acto conmemorativo, comparto hoy con ustedes una síntesis de las reflexiones que he venido haciendo a propósito de estos primeros 40 años de ALAMES: I. sobre el surgimiento del pensamiento médico-social en la región y el de la propia Asociación; II. sobre algunos de los rasgos identitarios de ALAMES, y III. sobre los posibles frentes estratégicos de pensamiento y acción.

I. Sobre el surgimiento del pensamiento médico-social y de ALAMES.

Si bien, como lo expresó en este Congreso Ailton –líder indígena de la Amazonía–, la salud colectiva nació de abajo hacia arriba, como tal, la corriente médico-social surgió en la región varias décadas antes que nuestra Asociación. Personalmente, considero que, con raíces centenarias en Europa occidental –Alemania, Francia, Inglaterra y Bélgica–¹ la Medicina Social empezó a fraguarse en América Latina a mediados del siglo pasado. Tuvieron mucha importancia los intentos de integración de las ciencias sociales al campo de la salud y los replanteamientos de la educación médica. Un hito destacado fue la creación, en Chile, en 1957, por parte de la UNESCO, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales –FLACSO–, en donde se formaron algunos de

* Conferencia Magistral presentada en el acto de conmemoración de los 40 años de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES), Congreso ALAMES 2025, 4 - 8 de agosto, Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ), Brasil.



las y los médicos y/o sociólogos de la región que se interesaron en explorar las relaciones y la aplicación de las ciencias sociales a la salud. Quiénes luego lideraron y cultivaron esta área del conocimiento–acción. Posiblemente, sin proponérselo, el evento inaugural de la corriente médico-social en América Latina sea la reunión sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de medicina, promovida en Cuenca, Ecuador, en 1972, por la Organización Panamericana de la Salud –OPS– y liderada por Juan César García, médico argentino, egresado como sociólogo de FLACSO.

En la década del setenta se multiplicaron los núcleos de pensamiento médico-social, entre ellos, los de FLACSO y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia. Surgieron también algunos programas de formación de posgrado en Medicina Social –MS–, en especial, el del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Guanabara, 1971, hoy Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidad del Estado de Rio de Janeiro –UERJ–, sede de éste nuestro XVIII Congreso. En 1975, la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco (UAM-X), México, que contó con el apoyo de funcionarios de la OPS, como Juan César García y María Isabel Rodríguez, y con la participación de intelectuales de varios países, como la maestra y amiga Asa Cristina Laurel, aquí presente, y de académicos exiliados por las dictaduras y la persecución política en la región, entre ellos, su primer director, el maestro y amigo Hugo Mercer, quien también nos acompaña hoy aquí.

Surgieron también los institutos de investigación médico-social en Quito, Ecuador; Rosario, Argentina; Santo Domingo, República Dominicana; y La Habana, Cuba. En la misma década de los setenta empezaron a producirse algunas de las investigaciones y tesis que han servido de base para el desarrollo del pensamiento médico-social. Quiero destacar, entre otras, la tesis doctoral de Sergio Arouca en el Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad de Campinas, Brasil, 1975: *El dilema preventivista*;² la de Alberto Vasco, en sociología, FLACSO, 1973: *Salud, medicina y clases sociales*,³ y la de Ana María Tambellini: *Epidemiología de los accidentes de tránsito*.⁴

Desde 1981 se empezaron a realizar Seminarios Latinoamericanos de Medicina Social. En diciembre de 1983 se realizó, en Cuenca, Ecuador, una nueva reunión sobre ciencias sociales y salud, liderada por Juan César García. Justo en el III Seminario Latinoamericano de MS, Ouro Preto, Brasil, noviembre de 1984, con el tema general de “Crisis, salud y lucha por la paz”, se dieron las condiciones y se decidió la creación de ALAMES.⁵ En el documento de su creación –Acta de Ouro Preto, 22

de noviembre de 1984– se enuncian las condiciones que la hicieron posible y los objetivos a cumplir, orientados a la cohesión y desarrollo de la corriente médico-social en el continente, a darle presencia y participación en los campos de la investigación, la docencia, los servicios de salud y el trabajo con las poblaciones, y a hacer efectiva la solidaridad con los países, las instituciones y las personas que lo requieran.

En cumplimiento de sus objetivos, la Asociación ha realizado en sus primeros cuarenta años una amplia actividad académica, política, de divulgación y de solidaridad, cuyos logros, dificultades y desafíos hemos venido discutiendo estos días, que quedaron consignados en la relatoría presentada en este Congreso.

II. Algunos rasgos de la identidad de ALAMES.

Enunciaré brevemente sólo cuatro de las múltiples características que identifican a nuestra Asociación.

1. Más allá de la salud pública convencional: la construcción de pensamiento crítico en salud.

La corriente médico-social surgió como parte de una ruptura con las bases teóricas y con la práctica, tanto de la medicina biomédica, como, en especial, de la salud pública y la medicina preventiva convencionales. A raíz de una serie de reuniones sobre su enseñanza, en la década del cincuenta del siglo pasado, en algunos países de Europa, en Estados Unidos y en países de América Latina, como Chile y México, se abrieron las compuertas para una crítica de fondo a sus alcances y limitaciones. La tesis ya citada de Arouca, en Brasil, al empezar los setenta: *El dilema preventivista*⁶ puede considerarse uno de los puntos de la ruptura teórica. Las tensiones entre la Escuela de Salud Pública de México (clásica) y la Maestría en Medicina Social, UAM-X, constituyen también expresiones concretas del proceso de ruptura con el viejo modelo y del surgimiento de la nueva corriente. En el caso de Brasil, la Facultad de Medicina de esta Universidad del Estado de Río de Janeiro introdujo cambios de fondo en 1967.⁷

En todos los casos, se trataba de la crítica al uni o multicausalismo y de la apertura hacia la comprensión de la determinación social de los procesos relacionados con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. Arribando a la consiguiente insuficiencia de las ciencias bio-naturales para dar cuenta de dichos procesos y la necesidad de abrir las puertas e integrar los aportes de las ciencias sociales, en especial, la antropología, la economía, la sociología y la historia. Los límites de la cuantificación de fenómenos aislados y la necesidad no solo de métodos cualitativos, sino de un abordaje dialéctico; la

inconformidad con la tecno-burocratización del sector de la salud pública y la verticalidad de sus programas, así como la necesidad de bases más científicas, programas más ligados a las dinámicas sociales y prácticas más situadas y comprometidas políticamente.

Estos cambios, a su vez, replanteaban la manera de abordar temas ya incluidos dentro de las preocupaciones de la salud pública –como la salud en el trabajo, las enfermedades tropicales y las relaciones entre el Estado y la salud– y le abrían espacio a otras temáticas, como el derecho a la salud, las relaciones democracia y salud, crisis y salud, los problemas ambientales, y los cuestionamientos y propuestas planteadas por los movimientos feministas. Además de los trabajos ya citados, entre las obras que impulsaron primero, y consolidaron después estas rupturas, merecen citarse los de Cristina Laurel,^{8,9} Juan Samaja,¹⁰ Luz Madel,¹¹ Saúl Franco, Everardo Nunes y Jaime Breilh,¹² Jaime Breilh,¹³ Everardo Duarte¹⁴ y Mario Testa.¹⁵

Si bien en estos frentes de ruptura se ha avanzado considerablemente, y se va configurando un pensamiento crítico alternativo, con varias vertientes e intenso debate interno, el camino por recorrer y los nuevos retos por enfrentar son aún mayores. Puede seguir afirmándose que la corriente médico-social en América Latina aún está en construcción, y que ALAMES, como institución que ha tratado de impulsarla y organizarla, tiene hoy desafíos y tareas aún más grandes que las vislumbradas en 1984. Pero cuenta ya, por suerte, con un rico patrimonio temático, metodológico y de práctica, que le permite mirar con optimismo y tranquilidad el futuro.

2. La salud en la política y la política en la salud.

No es nueva la conciencia de que el campo de la salud es esencialmente político. Es muy conocida la expresión de Rudolph Virchow, a mitad del siglo XIX, en Alemania: “La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala” (citado en Rosen, p. 79).¹⁶ Su pensamiento chocaba entonces, y sigue chocando hoy, con concepciones y prácticas que pretenden mantener los temas, las instituciones y el personal de salud –en particular, de salud pública– al margen de la política, a nombre de ciertos intereses y enfoques de una presunta neutralidad científica y tecnocrática. Pero, si todo el mundo de la vida (y de la muerte) está penetrado por las redes del poder, y los procesos de salud y enfermedad no pueden entenderse, ni vivirse, por fuera de las interacciones de los distintos campos del conocimiento, los intercambios culturales, los ordenamientos económico-políticos y las tensiones ideológicas, es obvio que el mundo de la salud es esencialmente político.

La corriente médico-social latinoamericana ha venido contribuyendo a fundamentar, documentar y debatir cada uno de los elementos que configuran este carácter político de la salud. Los trabajos de García sobre la medicina estatal en América Latina;¹⁷ de Mario Testa¹⁸ y Carlos Bloch sobre Estado y salud (Alames, 1987); el conjunto de ensayos organizados por Sonia Fleury sobre Estado y políticas sociales;¹⁹ los aportes de Breilh, Granda, Campaña y Betancourt en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito, Ecuador, sobre Ciudad y muerte infantil,²⁰ de Franco sobre el paludismo en América Latina,²¹ entre muchos otros, dan cuenta de este aporte a la configuración política del campo de la salud.

Además, como lo expresó De Negri en la cátedra Juan César García, Congreso de ALAMES en Paraguay: “Si la política es la construcción de una ética colectiva, la Medicina Social Latinoamericana ha contribuido a construir este sentido de ética colectiva”.²² Ética colectiva que ha sido desarrollada también por varios integrantes de la corriente médico-social latinoamericana, entre los que podemos contar a Giovanni Berlinguer²³ –italiano de origen, pero fuertemente vinculado a América Latina– y a Víctor Penchaszadeh.²⁴

Pero, para ALAMES, la salud no sólo ha sido una cuestión política en términos teóricos, igual o mayor importancia ha merecido como práctica política. A partir de la concepción de la salud como un derecho humano fundamental y como un campo de ejercicio de ciudadanía y democracia, la corriente médico-social ha participado activa y permanentemente en varios países de la región en procesos de organización social y popular por el derecho a la salud, por la defensa de la soberanía, por la autodeterminación de los pueblos, por el enfrentamiento a regímenes dictatoriales, por el retorno o la permanencia de la democracia, por sistemas de salud no mercantiles y de carácter público, universal y de calidad,²⁵ por la vigencia de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario en casos de confrontaciones armadas. La actitud frente a las dictaduras del cono sur, o frente a los procesos revolucionarios de Cuba, Nicaragua, El Salvador, o ante gobiernos progresistas en México, Argentina o Venezuela, y la posición activa –en ocasiones de liderazgo– en los procesos de la reforma sanitaria y lucha por el Sistema Único de Salud en Brasil, por la reforma del sistema de salud en Colombia, por la inclusión adecuada del tema de la salud en las nuevas constituciones de Ecuador y Bolivia, dan cuenta de esta práctica política, coherente con los postulados teóricos asumidos.

Ahora bien, ni el pensamiento, ni la acción política, son estáticos o carentes de contradicciones. Al contrario, son intensa y permanentemente cambiantes y cargados de matices, tensiones y –en ocasiones– contradicciones. En parte la corriente médico–social latinoamericana ha debatido, asimilado y padecido dichas tensiones y contradicciones. Se ha discutido internamente el papel cumplido por miembros de ALAMES en el desempeño de funciones de gobiernos locales o nacionales en México, Brasil, Venezuela, Colombia o Argentina, por ejemplo.

Se discute en la actualidad la posición que debe tomar la Asociación ante procesos como los de Nicaragua y Venezuela que, en mi concepto, han tomado un rumbo diferente al que motivó la simpatía y el apoyo inicial de nuestra Asociación. Se debaten, igualmente, las nuevas propuestas de cambios en los sistemas de salud de varios países, pero, en mi opinión, es necesaria una reflexión autocrítica, urgente y más de fondo sobre la práctica política concreta de ALAMES, tanto en términos retrospectivos como, sobre todo, mirando el complejo panorama actual de la región y las alternativas que se perfilan. Me atrevo a pensar que el futuro mismo de la Asociación está íntimamente ligado a la capacidad de entender e interpretar adecuadamente el momento y la perspectiva política de la región, para acertar en los lineamientos para la acción.

3. Conciencia y proyecto latinoamericanos.

Desde sus comienzos, como se esbozó inicialmente, esta corriente médico–social se entendió y se configuró con carácter y nivel latinoamericano. Los encuentros de Cuenca, los núcleos de investigación, las escuelas y programas de posgrado específicos o afines, tuvieron esa impronta, y, tanto las y los investigadores, como las y los docentes y estudiantes del área provenían de los distintos países de la región.

Pero lo latinoamericano no se ha limitado al lugar de origen de las y los actores o a los escenarios de los eventos –hasta ahora se han realizado congresos en México, Nicaragua, Brasil, Colombia, Venezuela, Argentina, Cuba, Perú, Uruguay, El Salvador, Paraguay, Bolivia y República Dominicana–. Ha habido un esfuerzo constante por abordar los problemas con carácter regional, por construir patrones interpretativos comunes y por arriesgar propuestas de alcance regional. Tanto al seleccionar el tema de cada uno de los Congresos de la Asociación, como al intentar abordar los temas que han interesado al pensamiento médico–social, como al formular proyectos y propuestas, siempre el

escenario, el referente y el objetivo ha sido América Latina.

Conviene destacar que en estos 40 años de ALAMES la realidad latinoamericana nunca ha negado, ni opacado, las realidades nacionales. Al contrario, las ha contextualizado, aprovechado y convertido en sujetos de interés y acción política y, cuando se ha requerido, de solidaridad. Las dictaduras de cada uno de los países del cono sur fueron objeto de preocupación, estudio y solidaridad por los demás países integrantes de la Asociación. El devenir de la situación cubana ha estado en las entrañas de ALAMES desde su fundación. El Sistema Único de Salud –SUS– de Brasil, recibió desde sus orígenes importantes aportes de pensadores médico–sociales latinoamericanos –entre ellos y de manera muy especial Mario Testa–,²⁶ ha servido como inspiración para la lucha por sistemas similares en muchos países de la región y sigue recibiendo la simpatía y el apoyo constante de los integrantes de ALAMES en todos los países. Las nuevas Constituciones de Bolivia y Ecuador de principios de este siglo recibieron aportes sustantivos en salud de parte de miembros de la Asociación desde distintos países. Los ejemplos podrían continuar, pero los anteriores son suficientes para ilustrar el efecto de vasos comunicantes que ha cumplido la Asociación entre los países de la región.

4. La marca genética de la solidaridad.

Aún antes de nacer ALAMES, la corriente médico–social latinoamericana había sido esencialmente solidaria. La solidaridad ha estado ligada a la manera misma de entender la vida y la salud en esta corriente de pensamiento y acción. Ha sido una solidaridad con perspectiva política y ejercida tanto colectivamente, en calidad de instancia organizativa, como individualmente, por cada uno/a de sus integrantes. La realización, por ejemplo, del segundo seminario–congreso latinoamericano de Medicina Social en Managua, Nicaragua, en septiembre de 1982 fue un acto de solidaridad con su proceso revolucionario, al que se vincularon activamente líderes de la medicina social de varios países de la región.

Las Declaraciones oficiales de los Congresos de la Asociación constituyen una especie de memoria de la solidaridad con los países, sectores y causas en los distintos momentos. La Declaración de Ouro Preto, 1984, hizo explícita la solidaridad de las y los asistentes con las luchas por la paz en la región; con el pueblo de Honduras, invadido entonces por los Estados Unidos; con los pueblos de El Salvador y Guatemala, víctimas en ese momento de genocidio; con las luchas de los pueblos de Chile, Bolivia y Argentina por la recuperación de la

democracia. En Medellín, en el 4° Congreso Latinoamericano y 5° Mundial de Medicina Social (que incluyó una delegación de Australia), la solidaridad se hizo extensiva hasta las y los pueblos originarios australianos en su lucha de dos siglos por el reconocimiento de su cultura y sus derechos.

Y, por haber sido personalmente beneficiario, debo destacar otra forma de solidaridad que siempre ha ejercido ALAMES: la acogida generosa a exiliados y exiliadas. Las luchas, tengan alcance revolucionario o simplemente de defensa de la democracia, las libertades y los Derechos Humanos, generalmente, conllevan el exilio de dirigentes y/o militantes. Nuestra Asociación lo ha entendido y ha ejercido y sigue ejerciendo una activa solidaridad, no de carácter compasivo, sino de humanidad y compromiso político.

Podemos concluir, entonces, que, en esencia, ALAMES ha sido (y deberá seguir siendo) *una corriente de producción y aplicación de pensamiento* crítico-histórico-territorial en salud desde América Latina; *un espacio de encuentro* académico-político-afectivo y social, *con Redes temáticas* en permanente funcionamiento; y *una escuela de solidaridad efectiva*.

III. Los campos estratégicos para el pensamiento y la acción.

Por respeto a la creatividad de ALAMES y a sus integrantes, a los materiales ya producidos y presentados, y a los debates en curso, me limito sólo a enunciar cinco de los que considero campos esenciales y tareas prioritarias del pensamiento y la acción médico-social en presente y futuro.

1. La vida en paz en América Latina.

Nuestro horizonte como humanidad debe ser la vida en paz. No la vida en abstracto, sino en curso, en pleno ejercicio de la materia organizada y la energía en movimiento, en quechua: el *sumak-kawsay*. Mejor aún, la vida digna, *el buen vivir* planteado y practicado por nuestros ancestros andinos. Hace tres décadas formulé la categoría *proceso vital humano*,²⁷ que, creo, puede contribuir a esta discusión. Y la paz, no sólo como ausencia de guerra, o –peor aún– como producto de la fuerza, tal como lo enseñan y practican hoy desde Rusia, Israel o los Estados Unidos, sino como convivencia tranquila en sociedades equitativas que garantizan los derechos y resuelven sus conflictos y tensiones sin tener que matarse.

Desde el campo de la salud colectiva hemos trabajado, pero debemos intensificar el trabajo y encontrar nuevos

campos, tanto de pensamiento como de acción, para aportar a que la sociedad convierta la vida en paz en su objetivo central y se decida a lograrlo. En su reciente aporte sobre los desafíos de la salud colectiva en América Latina, Sonia Fleury concluye:²⁸

Pensar cómo la salud puede ser una palanca para la emancipación, la defensa de la vida y la democracia es nuestro desafío hoy y siempre.

2. Lucha sin tregua contra todas las inequidades.

La equidad en salud ha sido un tema recurrente en el pensamiento crítico en salud. De hecho, dos de los congresos de ALAMES (el de Cuba, 2000, y el de Brasil, 2007) lo trataron como uno de sus temas centrales. La lucha por la equidad en salud ha inspirado el trabajo de la corriente médico-social por las reformas en salud en los países de la región.

Pero las inequidades en salud, con todo y su gravedad, son apenas una parte de las enormes inequidades en todos los campos de la vida social: en las relaciones de género, en los ingresos, el acceso a la vivienda, la alimentación, la educación, la información y el poder.

Desde la corriente médico-social debemos intensificar la lucha contra todas las inequidades en nuestra región y en todo el mundo. Ello implica una fuerte sintonía con las distintas realidades y movilizaciones nacionales, la denuncia sistemática de las inequidades, la argumentación renovada sobre el valor de la equidad y la conexión constante con las organizaciones y movimientos sociales y populares que luchan por ella.

3. Por la garantía efectiva del derecho a la salud.

La conceptualización de la salud como un derecho humano fundamental y la consiguiente lucha por su garantía, han tenido también un lugar prioritario en ALAMES. En países como México, Brasil, Colombia, Argentina, Venezuela, Chile, Bolivia, Perú y Ecuador se registra una sólida producción teórica al respecto y se han dado movilizaciones importantes por la garantía de este derecho. Seis de los dieciocho congresos de ALAMES realizados hasta ahora (Argentina, 1997; Perú, 2004; Brasil, 2007; Uruguay, 2012; Bolivia, 2018, y éste, de Brasil) lo han incluido como un tema central, impulsando una rica producción intelectual y contribuyendo a fortalecer su inclusión en las agendas políticas nacionales y regionales.

Como los logros concretos en la garantía del derecho a la salud son todavía escasos, es necesario activar cada vez más, tanto el trabajo intelectual, como la acción



política y la movilización social. No sobra insistir en que, siendo un derecho fundamental, requiere no sólo de una movilización sectorial, sino de persistentes movilizaciones sociales, para las cuales es preciso establecer y mantener relaciones con otras organizaciones y frentes de acción política.

4. Las relaciones con la naturaleza y el problema ambiental.

Debemos reconocer que llegamos tarde al tema de la cuestión ambiental. A pesar de que los ancestros andinos habían tenido clara conciencia de nuestra pertenencia a la naturaleza y de la necesidad vital de mantener adecuadas interrelaciones, así como de que algunos teóricos y el movimiento ecologista ya habían encendido las alarmas sobre los problemas del calentamiento global, la crisis climática y la depredación ambiental, la corriente médico-social latinoamericana sólo empezó a asumir en serio este tema-problema al empezar la década pasada. Varios centros de pensamiento, algunos programas de formación de posgrado y algunas de las Redes temáticas de la Asociación empezaron a abordar las distintas aristas del problema. Fue justamente en los congresos de Paraguay, 2016; Bolivia, 2018; y República Dominicana, 2021, en donde el tema ocupó una atención prioritaria y la conciencia ambiental se instaló en la agenda de ALAMES.

Si bien estamos avanzando –con desequilibrios entre países y subtemas– podemos decir que aún estamos en pañales frente a la complejidad del tema por el negacionismo persistente en amplios sectores de los países con mayores responsabilidades y los poderosos intereses en juego. Por suerte, el tema se ha instalado ya en la agenda global y se siente la vigorosa presencia de movimientos ambientalistas de distintos perfiles.

El lema de la cumbre COP16 realizada el año pasado en Cali, Colombia, puede servirnos para encauzar el trabajo al respecto: **Paz con la naturaleza**. Lo que significa sentirnos parte y no dueños de ella; reconocerla como sujeto de derechos; respetarla y cuidarla; devolver la tierra a quienes se les ha despojado; someter a la lógica de la vida la lógica y los intereses mercantiles que deforestan la amazonia, contaminan los ríos y sobreexplotan el subsuelo. Es un lema suficientemente amplio y potente, y nos conecta con nuestro supremo desafío: la vida en paz en América Latina.

5. La Medicina Social en tiempos de pospandemia y de salud digital.

Posiblemente la pandemia –o sindemia– marque un antes y un después en el acontecer de nuestra época, como lo anotó Mario Róvere en su intervención en la cátedra Juan César García en el pasado Congreso de ALAMES, Buenos Aires, cuyo tema central fue, justamente: “Sindemia, reconfiguración del mundo y lucha por el

buen vivir”. Sin duda, la pandemia por el COVID-19 ha sido el evento sanitario de mayor significado y de más profundas consecuencias que nos haya tocado y, posiblemente, nos toque vivir. En el Congreso de Buenos Aires se hicieron importantes aportes para entender la pandemia y recolocarnos frente a sus implicaciones futuras. Pero, ni la totalidad de los interrogantes que ella planteó, ni las condiciones que la hicieron posible, ni el balance de las maneras como la enfrentamos, ni los alcances de sus consecuencias, están todavía suficientemente aclarados, valorados y asimilados. Algo podemos y debemos seguir haciendo al respecto.

Una de las muchas consecuencias de la pandemia ha sido su contribución a la instalación definitiva de las tecnologías digitales: Big Data, la Inteligencia Artificial y la genómica. Desde el anterior congreso en Buenos Aires, el tema de la *salud digital* empezó a tener presencia en la agenda de ALAMES, justo ayer, en un panel sobre este tema, orientado por reconocidos expertos, como Naomar de Almeida, Luiz Vianna y Angelica Baptista, se plantearon con la claridad posible su momento, sus posibilidades, sus riesgos y sus desafíos. Se habló de la necesidad de una especie de “alfabetización digital”; de la necesidad de trabajar en evitar que el uso de las tecnologías digitales se convierta en un nuevo factor de inequidad; de defender la soberanía digital y de avanzar hacia reformas sanitarias digitales. Nos queda ahora la tarea de encontrar la manera de integrar críticamente esta nueva realidad de la salud digital a la vida de ALAMES, a los procesos de formación e investigación en salud y a la lucha por las reformas sanitaria.

Quiero terminar este mensaje conmemorativo con dos notas esenciales y muy sentidas. La primera: *en memoria de las y los maestros y las y los compañeros que ya no están físicamente con nosotros*, pero, que nos siguen inspirando como precursores, fundadores o compañeros de trabajo, ellos y ellas de la corriente médico-social y de salud colectiva latinoamericana. Con el riesgo de omitir a algunas y algunos, por lo que les presento excusas anticipadas, me permito nombrar a: Juan César García, Giovanni Berlinguer, Sergio Arouca, Hesio Cordeiro, Mario Testa, Juan Samaja, Susana Belmartino, Carlos Bloch, Alberto Vasco, Edmundo Granda, Miguel Márquez, Francisco Rojas Ochoa, Catalina Eibenschutz, Francisco Javier Mercado, José (Pepe) Blanco y Francisco de Assís Machado. Para ellas y ellos nuestro reconocimiento, nuestra gratitud y nuestro compromiso de seguir trabajando por las causas, ideas y sueños que sembraron en nosotros y nos ayudaron a cultivar.

La segunda y última nota se resume en una única palabra: **GRACIAS**. Gracias a las y los fundadores de ALAMES,

donde quiera que estén hoy. Gracias a quienes organizaron y con su trabajo visible o invisible han hecho posibles los dieciocho Congresos, incluido éste que hoy culminamos y del cual, sin excluir a ninguna persona o institución, creo de justicia nombrar al Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) y a la profesora y amiga Ana María Costa, su coordinadora general. Gracias a quienes han ejercido la coordinación de la Asociación a lo largo de su historia, incluyendo su actual coordinación colegiada, por su trabajo y dedicación. Gracias a quienes no pudieron asistir, pero que sabemos que nos han acompañado y nos siguen acompañando, como la inagotable maestra y amiga María Isabel Rodríguez, y los compañeros de tantas batallas: Oscar Feo y Mario Hernández. Gracias, sobre todo, a todos y todas ustedes, quienes con su presencia, experiencias, exposiciones, posters, debates, paciencia y cariño han hecho de este Congreso un nuevo paso en firme en el camino y un nuevo eslabón en esta red de conocimiento y acción por la vida, la salud, la equidad y la paz, que es y seguirá siendo nuestra Asociación Latinoamericana de Medicina Social, hoy renovada y fortalecida por *la ola de juventud* que ha llegado a este Congreso y cuyo cultivo y ampliación debe ser un imperativo de nuestro futuro.

Muchas gracias.

Referencias

1. Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI Editores, México.
2. Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
3. Vasco, A. (1986). *Salud, medicina y clases sociales*. Editora Rayuela.
4. Tambellini, A.M. (1975). *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*, Tesis de Doctorado, Universidad Estatal de Campinas, Brasil.
5. ABRASCO. (1987). Memorias do III Seminario Latino-Americano de Medicina Social. Rio de Janeiro.
6. Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
7. Castro, A. (2024). La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48.
8. Laurell, A. C. (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17, 59-77.
9. Laurell, A. C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad. En Organización Panamericana de la salud (Ed.), *Lo biológico y lo social-su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 1-12). OPS.
10. Samaja, J. (1977). Lógica biológica y sociología médica.

11. Madel, T. L. (1988). *Natural, Racional, Social*. Editora Campus.
12. Franco, S., Nunes, E., Breilh, J., & Laurel, A. C. (1991). *Debates en Medicina Social*. OPS-ALAMES.
13. Breilh, J. (2004). *Epidemiología crítica*. Lugar Editorial.
14. Duarte Nunes, E. (1986). *Ciencias sociales y salud en Américas Latina*. OPS-CIESU.
15. Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.
16. Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI Editores, México.
17. García, J. C. (1994). *Pensamiento social en salud*. Interamericana, OPS.
18. Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.
19. Fleury, S. (1992). *Estado y políticas sociales en América Latina*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco-Fundación Oswaldo Cruz.
20. Breilh, J., Granda, E., Campaña, A., & Betancourt, O. (1983). *Ciudad y muerte infantil: investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método*. Quito.
21. Franco, S. (1990). *El paludismo en América Latina*. Editorial Universidad de Guadalajara.
22. De Negri, A. (2019). En A. L. Casallas, *Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana: una perspectiva histórica* (p. 224). Originalmente, tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, sede Quito, Ecuador (2016).
23. Berlinguer, G. (1996). *Ética de la salud*. Lugar Editorial.
24. Penchaszadeh, V. (2022). *Bioética y Derechos Humanos*. Cátedra Juan César García. XVII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Buenos Aires.
25. Hernández, M. (2009). En F. Rojas O. & M. Márquez (Eds.), *ALAMES en la Memoria, selección de lecturas* (pp. 490-507). (Obra original publicada en 2000). Editorial Caminos.
26. Testa, M., & Bloch, C. (2009). *Estado y Salud*. En F. Rojas O. & M. Márquez (Eds.), *ALAMES en la Memoria, selección de lecturas* (pp. 161-219). Editorial Caminos.
27. Franco, S. (1993). *Proceso vital humano – proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva*. En *Ética, Universidad y Salud* (pp. 175-176). Universidad Nacional de Colombia – Ministerio de Salud.
28. Fleury, S. (2024). *Origen, reformas y crisis: desafíos de la salud colectiva en América Latina*, CEBES.



Social Medicine
Health For All

ISSN: 1557-7112