

**IX CONGRESO LATINOAMERICANO
DE MEDICINA SOCIAL
LA SALUD: UN DERECHO A CONQUISTAR
Lima, 11 al 15 de agosto de 2004**

**Mesa Redonda:
ALAMES: VEINTE AÑOS. BALANCE Y PERSPECTIVA DE LA
MEDICINA SOCIAL EN AMÉRICA LATINA.**

Edmundo Granda¹

INTRODUCCIÓN

Es muy difícil abordar en toda su amplitud las diferentes facetas de ALAMES durante sus veinte 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 definida intencionalidad política y que obra como un engranaje solidario entre sus miembros.

ALAMES tiene, entonces, una historia que une varias historias, las mismas que deberían ser contadas en base a un proceso de investigación más profundo y serio de lo que trata de hacer este documento. En esta aproximación, tan solo intentaremos hablar sobre algunas cuestiones: a) rasgos históricos y el significado del término medicina social y b) la definición de nuestras señas 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, ALAMES, Juan César García², en el último documento que escribe y que trata sobre la *Presentación* del libro *Ciencias Sociales y*

¹ Profesor de la Universidad Nacional de Loja y Profesional Nacional de la Representación de la OPS/OMS en el Ecuador.

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. Al igual que las revoluciones, el concepto de medicina social surge simultáneamente en varios países europeos. Salomón Neumann y Rudolf Virchow hablan de medicina social en Alemania; Jules Guérin en Francia; William Farr en Inglaterra; y, Francesco Puccionotti en Italia. Es también el año de los poetas políticos: Heinrich Heine y Lamartine. ¿Qué relación existe entre todos estos acontecimientos? ¿Una simple coincidencia o algo más profundo que liga hechos tan dispersos en un todo estructurado? En las respuestas a estas preguntas yace la fascinación de numerosos escritores, economistas, poetas, sociólogos y políticos que se han dedicado a estudiar este particular período histórico.

Y luego prosigue:

El concepto, 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. Así mismo, 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.

Cuatro son las características fundamentales que Juan César asigna al término medicina social acuñado en 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 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 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, entonces, lograr su identidad en contraposición con 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 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, bajo el planteamiento que

² García Juan César. *Pensamiento Social en Salud en América Latina*. México: McGraw-Hill – OPS/OMS, 1994.

³ Franco Saúl y Nunes Everardo. *Presentación*. En: *Debates en Medicina Social*. Quito: ALAMES – OPS/OMS, 1991.

...los profesionales públicos entrenados en salud pública resolverán los peores problemas sociales y de salud de las ciudades industriales, incrementarán la salud de los trabajadores agrícolas, mitigarán los extremos de riqueza y pobreza, aumentarán los niveles de productividad y eficiencia , y conservarán los recursos humanos que son la base de la riqueza nacional⁴.

La naciente Medicina Social critica a la Salud Pública su proyección elitista e idealista y su énfasis tecnicista y estatalista, así como su vocación conservadora.

También se diferencia de la Medicina Preventiva. En las palabras de Arouca, la Medicina Preventiva 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 parece 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 económico⁵.

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.⁶

El carácter social de la enfermedad y la *tentativa de redefinir la posición y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de hacer demarcaciones conceptuales, de colocar en cuestión los cuadros teóricos, de estudiar las relaciones entre lo biológico y lo psicosocial, de lograr su organicidad en la contradicción de clases sociales, asumiendo una posición*, 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)*⁷ en Cuenca, mayo de 1972 critican la aproximación funcionalista de la Sociología Médica dominante, en la siguiente forma:

⁴ Fee Elizabeth . Disease and Discovery. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.

⁵ Arouca Sergio. O dilema preventivista: Contribução para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas: Tesis de Doctorado presentada a la UNICAMP, 1975.

⁶ Ibid.

⁷ Álvarez Manila José, Apezechea Héctor, Cordeiro Hésio, Duarte Everardo, Gandra Domingos, Escalante Carlos, García Lourdes, García Juan César, Jimeno Claudio, Machado Yolanda, Mercer Hugo, Rubín de Celis Emma, Villagrán Francisco, Yépez Rodrigo. Aspectos Teóricos de las Ciencias Sociales Aplicadas a la Medicina. Educación Médica y Salud, 8(4): 390-407, 1974.

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 estos 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.

MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA: SEÑAS PARTICULARES

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

- *Centrarse en el análisis del cambio*
- *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.*

Proponen además algunos lineamientos metodológicos básicos que debería tomarse en consideración:

1. *Las relaciones entre el concepto salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas*
2. *Las relaciones entre la organización de la acción de salud, los modos de producción, las formaciones socioeconómicas y los conceptos de salud*
3. *Las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica en el Continente... deberán inscribirse dentro de la relación dinámica entre modos de producción y formaciones socioeconómicas específicas, y la definición epistemológica de las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas concordantes con este nuevo modelo...*

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 pueden dar respuesta a la complejidad de la demanda 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*⁸, 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 entrega mayor énfasis a las fuerzas productivas antes que aquellas

⁸ García Juan César. Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. Educación Médica y Salud. En: Pensamiento Social en Salud en América Latina. México: Interamericana – OPS/OMS, 1994.

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 cualquier posibilidad que otras corrientes puedan liderar, aunque si 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 asumidas a través del método histórico-estructural.

Considero que 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 por parte de 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 Riberão 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 si es importante indicar que aquellas nociones de la Medicina Social decimonónica 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 Cuenca⁹ 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

⁹ Duarte Everardo (organizador). Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Montevideo: OPS – CIESU, 1986.

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 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, cual es 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*¹⁰, nos había dicho Foucault.

Sonia Fleury propone, *tomar lo colectivo en sus manifestaciones histórico-concretas... como objeto de análisis y campo de intervención*¹¹. 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 Pereira¹². 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 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)*¹³.

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 solo al desciframiento de los determinantes de la enfermedad. Al así proceder podría

¹⁰ Foucault Michele. Primera Conferencia. Instituto de Medicina Social. UERJ. Rio de Janeiro: policopiado, 1975.

¹¹ Fleury Sonia. Las ciencias sociales en salud en el Brasil. En: Duarte Everardo. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Op. Cit.

¹² Pereira, J.C. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil. Mencionado por Fleury Sonia. Las Ciencias... Op. Cit.

¹³ Donnangelo M. y Campos O. Formacao de cuadros de pessoal para a saúde e producao de conhecimentos na área médica. Mencionado por Fleury Sonia. Ibid.

también ampliar su campo de visión ya que, no vería solamente la enfermedad y la muerte sino que también podría mirar la salud y 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, por ejemplo, Mario Testa quien, en ese entonces, había producido ya 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 que logremos establecer una propuesta similar de transformación de las prácticas de salud; es decir, podemos **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 del Foro Salud del Perú; 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 en 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 nuevas 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 reconocer que los hombres y 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*¹⁴, y luego continúa, *en efecto, si tratamos de subsumir el control de las enfermedades en concepciones de logro que no se dejan traducir únicamente a tareas técnicas, si la felicidad contenida en nuestras intervenciones nos obliga a dialogar con intereses de naturaleza estética, emocional, moral, etc. entonces los constructos científicos no serán suficientes. Claro que no se trata de abolir la ciencia del ámbito de validación de las prácticas médico-sanitarias, mas de rescatar la dignidad de otros tipos de sabiduría en la construcción de las verdades útiles para la construcción de la salud; de los conocimientos académicos nomológicos, como la filosofía, el derecho y demás ramas de las ciencias humanas, hasta las diversas sabidurías prácticas transmitidas secularmente por las diversas tradiciones culturales*. La necesidad de *reconocimiento y respeto de las necesidades fundamentales del ser humano* nos conduce, entonces, a sustentar una práctica que se mueve en la interpretación – cuidado de las poblaciones.

Lo anterior también obliga a la Medicina Social a hacer algunas otras consideraciones sobre el método ya que si la salud es la capacidad de autonormatizar el buen funcionamiento corporal y psíquico, entonces podremos hablar de una normatividad biológica común para la especie pero también existirá una normatividad cultural propia del mundo epistémico, social, de prácticas y poderes en los que aprendió la población a ser humana. Existirá además una normatividad individual propia de cada persona, producto de su especial historia de vida, personalidad y acoplamiento al medio ambiente.

La Medicina Social comprende que el método científico positivista basado en la idea de la *verdad* universal a través de la *mathesis* o *comparación de las cosas en el mundo*¹⁵ debe dar paso a una propuesta metódica que también considere las *verdades particulares* y *diversas* ya que la salud ocurriría en la medida en que el organismo social y el cuerpo humano conservan su capacidad de instituir nuevas normas. Esta forma de ver complejiza los métodos de investigación tradicionales utilizados por la epidemiología y fundamentados en una visión de riesgo, al verse obligados a diferenciar la susceptibilidad grupal e individual y la acción de los factores asociados al problema que se intenta estudiar¹⁶. Al respecto, Naomar Almeida, desde la Epidemiología hace aportes importantes para abordar esta y otras problemáticas al introducir tres dimensiones: la dimensión de las instancias, la dimensión de los dominios y la dimensión de los niveles de complejidad¹⁷, mientras que Roberto Passos Nogueira insiste en actualizar aquella idea Illichiana constante en la *Némesis Médica* de salud como *una capacidad autónoma de lidiar, como una capacidad de hacer con autonomía, en una lid permanente contra las dificultades del propio organismo y del medio ambiente. La salud tiene que ver, por un lado, con los ajustes que cualquier animal opera en*

¹⁴ Ayres José Ricardo. Conceptos y Prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 20(2): 67-98, julio-diciembre de 2002.

¹⁵ Ayres José Ricardo. Epidemiología y emancipación...Op. cit.

¹⁶ Castiel David. O buraco e o avestruz: A singularidade de adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994, p. 158.

¹⁷ Almeida Filho Naomar. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

*relación a su medio, y, por otro lado, con la creatividad espontánea del ser humano socializado que es siempre capaz de inventar formas de vivir mejor*¹⁸.

La investigación relacionada con el accionar en Medicina Social demanda, así también, una aproximación interpretativa y al mismo tiempo explicativa. A través de la aproximación interpretativa se intenta descubrir las diversas formas de comportamiento humano de los individuos y grupos que participan tanto en la oferta cuanto en la demanda de las acciones de salud, mientras que a través de la aproximación explicativa, intenta dar cuenta del funcionamiento estructural constituido por normas y recursos¹⁹.

La ampliación de la razón: La Medicina Social entrega atención a la acción que había sido dejada de lado por el peso avasallador del *cogito* cartesiano. Además, las dicotomías teoría – práctica y sujeto – objeto serían cuestionadas para plantear que *todo conocer es hacer* y *todo hacer es conocer*²⁰, con lo cual se reconocería que el *pienso, luego existo* es posterior al *acciono, luego existo*, conforme propone Heidegger²¹, o al *distingo, luego existo* como habla Von Glaserfeld²².

Las Medicina Social y la Salud Pública alternativa nos están llevando a reconocer y dar importancia a otras racionalidades y en esa empresa, también reconocen que el obrar se acompaña de una *conciencia práctica*²³ y por lo tanto, también es racional aún antes que la conciencia discursiva se haga presente. Si es así, entonces, la salud se produce dentro de la propia racionalidad del accionar, con lo cual la noción promoción gana una fuerza inusitada, pero no solo como una concepción de promocionar los comportamientos y *estilos de vida* racionales y universalmente reconocidos por la epidemiología occidental, sino como comportamientos autopoiéticos biológica y culturalmente desarrollados por las propias poblaciones en su diario accionar, con lo cual el carácter *civilizatorio* o mesiánico de la ciencia occidental perdería su poder omnímodo para compartir conocimientos, saberes y prácticas con otras culturas²⁴. La ampliación de la razón nos lleva, por otro lado, a reconocer que la *verdad* científica no es necesariamente buena, sino que lo adecuado tiene que siempre ser juzgado por la ética (a través del acuerdo intersubjetivo, establecemos que es bueno para la vida), con lo cual se estaría justificando el requerimiento de una reflexión fuerte sobre este tópico²⁵.

La globalización del riesgo: La manera como nos hemos relacionado con la naturaleza durante el industrialismo y la forma como estamos procediendo en el *globalismo* genera grandes peligros de destrucción para los procesos vitales naturales y sociales: piénsese en la catástrofe de Chernobyl, el hueco en la capa de ozono, el calentamiento del globo terráqueo, etc. Parece que con la ciencia y la técnica hemos triunfado y ahora vivimos la muerte de la naturaleza; es decir, mucho de lo que antes era totalmente natural, ahora no lo es. Como afirma Giddens: *...muy recientemente, en términos históricos, comenzamos a preocuparnos menos por lo que la naturaleza puede hacer de nosotros y más por lo que*

¹⁸ Passos Nogueira Roberto. A saúde pelo avesso. Natal: Seminare Editora. 2003.

¹⁹ Granda Edmundo, Puente Eduardo, Mayorga José, Segovia Rocío. Salud Pública: Acción, Vida Y Conocimiento: Taller de investigación en Salud Pública. Quito, Poligrafiados de UCE/UNL, 2001.

²⁰ Maturana Humberto y Varela Francisco. El Árbol del... Op. Cit.

²¹ Heidegger, M. El Ser y el Tiempo. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

²² Von Glaserfeld. Distinguishing de Observer- <http://www.oikos.org/vonobserv.htm>, 1999.

²³ Giddens Anthony. Central Problems in Social Theory. Berkeley: University of California Press, 1979.

²⁴ González Max. Educación, Universidad y Postmodernidad- Poligrafiados de la UNL, Loja, 1999.

²⁵ Los trabajos de Berlinguer y Garrafa sobre ética son de gran importancia. El Programa de Bioética de la OPS han apoyado grandemente el tratamiento de este tema. El que escribe, también ha realizado un módico aporte en el artículo *El Sujeto, la Ética y la Salud*.

*hemos hecho con ella*²⁶. El problema radica en que la acción humana siempre ocurre en medio del desconocimiento de algunas condiciones requeridas para esa acción y tampoco es posible controlar todas las consecuencias no deseadas de nuestro accionar. De allí, que en este momento vivamos lo que Ulrich Beck denomina la *Globalización de los efectos secundarios o consecuencias no intencionadas*²⁷. La Salud Pública Alternativa al igual que la Medicina Social estarían tomando en consideración este hecho y cambiando su forma de mirar a la naturaleza no como objeto a ser intervenido sino como sujeto dialogante con el fin de descubrir su racionalidad inherente y diversa. De la aproximación únicamente explicativa y utilitaria están pasando a una aproximación interpretativa.

La sociedad del riesgo: Los riesgos manufacturados no solamente se relacionan con la naturaleza, también se extienden a la vida social impactando las bases culturales de nuestra existencia. Actualmente es posible registrar grandes cambios en los roles del hombre y de la mujer; importantes transformaciones en las relaciones de pareja y conceptos y prácticas distintas alrededor del trabajo, la economía, la moral, el arte, la comunicación, (los mismos que obligan a las personas a vivir en constante riesgo y a enfrentar futuros mucho más abiertos que antes). Juntamente con las transformaciones del mundo familiar, se suma la ruptura del antiguo contrato social entre el capital y el trabajo, la precarización del trabajo, la desocupación y la globalización de la violencia. Además, en nuestro *cuarto mundo* la necesaria migración de la fuerza de trabajo en busca de sustento, con lo cual se rompe aun más los lazos de solidaridad y apoyo tradicionales. Todas estas situaciones golpean las puertas de la Medicina Social para su concurso, análisis y acción.

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, donde 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 donde no dispone de la habilidad y los instrumentos adecuados para ocuparlos; otras ocasiones intenta posicionar sus propuestas en ámbitos donde 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 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 un 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*

²⁶ Giddens Antony. Globalization. Op. Cit.

²⁷ Beck Ulrich. The Reinvention of Politics. Cambridge: Blackwell, 1997.

*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*²⁸.

Lo importante de la Medicina Social cuando hace gobierno constituye, entonces, la posibilidad de ejercer una acción guiada por principios ético-políticos, los mismos que a su vez dirigen las intervenciones técnicas, económicas y administrativas. La Reforma Sectorial, para la Medicina Social 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 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. Al respecto los avances que presenta Mario Testa en su libro *Saber en Salud* resumen en buena forma lo que discutimos en este momento. Mario²⁹ considera que el accionar en el campo de la Salud Colectiva, se desarrolla en un doble movimiento de determinación - constitución y de significado - sentido. En otras palabras, es fundamental que la acción obre con un criterio de búsqueda de las determinaciones de su objeto de estudio, esto es, descubra las “fuerzas positivas que establecen los límites dentro de los cuales puede ocurrir el fenómeno”. Además en la acción en Salud colectiva, el trabajador se construye en cuanto sujeto, pasando por sujeto de la vida, sujeto epistémico, sujeto público para, por último, reconstituirse como sujeto de la vida comprometido con el cambio requerido. Para hacerlo el salubrista debe comprender y explicar el mundo de significado con el que se encuentra y que por lo general se consolida en cuanto estructura pero a su vez busca construir el mundo del mañana con un sentido definido. El juego de sentido-significado-determinación-constitución es un juego complejo capaz de caminar con algún éxito entre el *scila* del subjetivismo y el *caribdis* del objetivismo. Pero además del logro metodológico indicado, también posibilita al trabajador de la Salud Colectiva constituirse como sujeto y buscar la construcción del sujeto colectivo o público por la salud, como fuerza fundamental para la conservación y avance de los logros en la salud colectiva.

Bajo este requerimiento Mario Testa reconoce la necesidad de una doble hermenéutica. Una primera hermenéutica a través de la inmersión directa de la Medicina Social con la población y en su mundo de la vida, con lo cual se defiende el carácter siempre calificado que detenta todo miembro poblacional para forjar sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Pero además, una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades explicativas de la ciencia.

En efecto, el mundo en el que se mueve la Medicina Social es un mundo que está *dado*³⁰ y que también está *dándose*. Está *dado* como estructura en la que es posible encontrar recursos físicos, ecológicos,

²⁸ Laurell Asa Cristina. 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

²⁹ Testa Mario. *Saber en Salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

³⁰ Zemelman Hugo. *Los horizontes de la razón* (tomo 1). México: Antropos, 1992.

biológicos, financieros, tecnológicos etc. por un lado, pero también normas: leyes, reglamentos, directivas reconocidas e institucionalizadas. Está además *dándose* (ocurriendo) como la autopoiesis vital individual y social y como producto del accionar de la gente con sus verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder.

La Medicina Social requiere conocer – accionar en ese doble mundo de lo *dado* y del *dándose*. La complejidad de la acción - investigación por parte de la Medicina Social radica en que se aproxima en el mundo de lo *dado* a un objeto que aparece como biopsicología individual que también es social en razón del acoplamiento estructural y consensual del que nos habla Maturana³¹; por lo tanto el salubrista lidia con un objeto que siempre es sujeto. Pero no solo es social sino que está constantemente *dándose*, es decir, es una biopsicología individual que está *dándose* por propia autopoiesis individual y por la interrelación social. En otras palabras trabajamos siempre con objetos que son sujetos y con individuos que son sociales, pero que nunca pierden su carácter individual por su característica autopoietica conforme indica Castiel³².

Esta situación complica aún más la efectividad operacional de la Medicina Social, porque no solo debe dar cuenta de un objeto-sujeto que está *dándose* en cuanto actor social sino que debe también dar cuenta de un actor socio-biológico. En otras palabras debe imbricar la aproximación que propone Testa con aquella mirada del epidemiólogo, conforme reclama Almeida Filho³³ en su obra “La ciencia tímida”. Pero no es suficiente que el salubrista se aproxime al actor socio-biológico para comprenderlo, sino que también comprenda que el actor sociobiológico debe lograr su constitución en cuanto tal durante la propia interrelación. Este último requerimiento, conforme habíamos indicado anteriormente, es abordado por Ayres, quien recomienda una aproximación regida por el concepto *cuidado* para alcanzar aquello que él denomina *logro práctico* en contraposición al *éxito técnico* que aparece como unilateral e incompleto, mientras que Testa nos habla de la necesidad de una aproximación *amorosa*. En otras palabras, la Medicina Social - Salud Colectiva o Salud Pública Alternativa estaría buscando que *aquel camino trágico para la humanidad*, -del que nos habla Madel Luz- *en que verdad y pasión, razón y emoción, sentimientos y voluntad, belleza y sentidos se dieron el adiós*, se vuelvan ahora a encontrar³⁴.

La Medicina Social ha debido ejercer transformaciones en el ámbito de la formación del personal. Al respecto la formación tradicional del salubrista adecuado para la metáfora de la *enfermología pública* se relacionaba con una imagen del salubrista *interventor técnico-normativo*, mientras que el momento actual, reclama, como hemos dicho, un *sujeto interprete - mediador*, es decir: intérprete de las maneras cómo los actores individuales y sociales, en su diario vivir, construyen sus saberes, desarrollan las acciones relacionadas con la promoción de su salud y cuidan su enfermedad; y, mediador estratégico con los poderes científico, político y económico para apoyar la elevación de los niveles de salud y vida.

Con el primer punto la formación intentaría dar cuenta de aquel descuido de la Salud Pública por la salud y aportaría elementos filosóficos, teóricos, metódicos y técnicos para la interpretación de la salud pero, al

³¹ Maturana Humberto y Varela Francisco. El Arbol del... Op. Cit.

³² Castiel David. O Buraco e o Avestruz: A singularidade de adoecer humano. Campinas: Papyrus, 1994.

³³ *Las teorías contemporáneas de la planificación – gestión en salud son cada vez más basadas en el concepto práctica, todavía se las aplican sin el instrumental de la epidemiología, como si la epidemiología no tuviera nada que decir a los planificadores de las escuelas de Carlos Matus o Mario Testa...* Almeida-Filho Naomar. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.

³⁴ Luz Madel. Op. cit. p. 8.

mismo tiempo, estaría reconociendo la necesidad de apoyar la comprensión por parte de los estudiantes de que una fuerza fundamental para la producción de la salud y para controlar socialmente el ejercicio económico, técnico y político del sistema se encuentra en la propia forja de los públicos por la salud.

Con la segunda característica la formación del profesional intentaría dar una respuesta diferente ante los cambios que vivimos, esto es: establecer como eje la vida y el accionar poblacional para entender y movilizar los conocimientos científicos y no científicos existentes, viabilizar las fuerzas políticas, y encaminar los recursos necesarios para el mejoramiento de la salud y vida poblacional. Esta acción mediadora obliga, por otro lado, a las instituciones formadoras de personal en salud colectiva o medicina social a mantener una posición ética de defensa de la vida, la equidad y la construcción de una nueva ciudadanía. Requiere, también, adoptar una actitud reflexiva sobre nuestras propias capacidades de conocer y actuar, y sobre el uso de la ciencia y la tecnología.

PERSPECTIVAS

Cuatro son las características fundamentales que Juan Cesar García había asignado al término medicina social acuñado en Europa del siglo XIX, y que podrían constituir guía para nuestra acción en América: 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 solo 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*³⁵, 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 años de madurez. En otras palabras, en nuestro compromiso como movimiento práctico político que lucha por el

³⁵ Passos Nogueira Roberto. A Saúde pelo Averso. Op. Cit.

derecho a la salud, es fundamental que podamos “digerir” todos los posibles aportes científicos y prácticos que puedan colaborar en ese empeño.

El compromiso de la Medicina Social – Salud Colectiva con las prácticas sociales sectoriales y extrasectoriales que apoyan el desarrollo de la salud o el control de las enfermedades, imbricadas con esa búsqueda de *sentido y significado, constitución y determinación* que nos recomienda Testa, nos obliga a encontrar aquellas cuestiones que mayor importancia tienen en este momento para la defensa de la salud del público. Uno de estos aspectos constituye la defensa y reconstitución de las estructuras de salud tan venidas a menos luego de veinte últimos años de reforma neoliberal. Los ejemplos de gobierno de la Medicina Social de los que hemos hablado constituyen importantes canteras para inventar nuevas formas de proyección y relación con las políticas, estructuras e instituciones del campo con miras a lograr mayores dosis de democracia, eficacia y equidad. En el campo de las instituciones, también es fundamental volver la mirada hacia la academia, lugar en el que nació la Medicina Social y que estos veinte años de neoliberalismo también ha debilitado su potencialidad reflexiva y de compromiso con el avance de la salud, ante la necesidad de supervivencia ante las demandas del mercado. La Medicina Social pudo construir su estructura analítica a través del aporte de las ciencias sociales, estableció sus señas particulares con el marxismo y ganó su identidad al proponerse como programa político de cambio que lucha por el derecho a la salud a ser construido con la participación de voluntades diversas y métodos consensuados, pero no podrá avanzar si al mismo tiempo no continúa enriqueciendo y fundamentando su base teórico-metodológica, lo cual solamente puede ocurrir con el fortalecimiento de nuestras universidades. Esto es especialmente importante en el momento que vivimos, en el que hemos confirmado que el *fin de la historia* es un cuento fantástico, que las versiones de la *única verdad* no tienen más vigencia y que este universo es un multiverso producto de determinaciones y productor de emergencias, las mismas que constantemente debe ser interpretadas y explicadas. En otras palabras, parece que se han esfumado los modelos únicos, científicamente probados o políticamente sancionados o económicamente perfectos para construir la Salud soñada, parece más bien que nos hallamos en un momento en que es posible diseñar propuestas alternativas que tengan sabores culturales particulares pero que rescaten e integren los productos universales científico-tecnológicos para utilizarlos con miras a mejorar las condiciones de salud y vida, así como para prevenir y curar la enfermedad. Aquello no podemos hacer sin el concurso de nuestras universidades.

Ahora bien, la Medicina Social podrá dinamizar su compromiso solamente a través del trabajo conjunto la sociedad organizada, con identidades o movimientos sociales que protegen y desarrollan sus instituciones, controlan el cumplimiento de las obligaciones estatales en salud y tejen redes de apoyo mutuo nacionales e internacionales oponiendo como *resistencias globalizadas*³⁶ las viejas y nuevas formas de dominación. Al respecto, el mantenimiento y fortalecimiento de las relaciones y trabajo conjunto con los Foros Sociales parece ser una cuestión de vital importancia para la Medicina Social.

Después de 1999, fecha del Otro Davos y de Seattle, la globalización *de las resistencias* han tomado mucha fuerza. La constitución del Forum Mundial Social de Porto Alegre es una de las manifestaciones más importantes, pero no dejan de tener gran visibilidad los Forums continentales de Bamako, Quito, Florencia, India, Manaus. A través de todas estas convocatorias, es posible sugerir que la *sociedad civil de abajo* -conforme lo denomina Francois Houtart- profundiza y amplía sus resistencias.

La precarización del trabajo del personal que labora en los servicios de salud constituye otro campo fundamental de reflexión y acción por parte de la Medicina Social. El empeño por reconstruir formas laborales dignas que apoyen la constitución del trabajador como actor conciente y comprometido con la vida de la población es fundamental.

³⁶ Amin Samir y Houtart Francois (editores). Globalización de las resistencias. Barcelona: Icaria, 2003.

Me parece que desde la Medicina Social, ante el debilitamiento del Estado pero con la 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. Requerimos organizar un trabajo en red que posibilite potenciar las experiencias vividas, apoyar en mejor forma el trabajo a veces solitario que desarrolla nuestra Secretaría Ejecutiva y nuestros Coordinadores y fortalecer nuestra comunicación e intercambio. Mario Hernandez expresa al respecto lo siguiente: *ojalá logremos darle a 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 adelante se requiere mayor organización, recursos, movilización, capacidad de respuesta oportuna, entre otras cosas*³⁷.

³⁷ Comunicación personal.