

ALAMES en clave de futuro

Una reflexión prospectiva en los 40 años de nuestra Asociación.

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. La Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva - ALAMES - lo ha logrado. Y espera seguir lográndolo muchos años más.

Sin pretender cerrar ninguna discusión ni señalar una única ruta a seguir, las siguientes reflexiones se presentan como un aporte a la comprensión de la historia, la consolidación de la identidad y la construcción de una agenda común para el futuro de la Asociación. Se organizan en tres apartados. 1. Breve síntesis del surgimiento del pensamiento médico-social en la región y de ALAMES. 2. Algunos rasgos específicos de la identidad de ALAMES. 3. Los posibles frentes estratégicos de pensamiento y acción.

1. Breve síntesis del surgimiento del pensamiento médico-social y de ALAMES.

La corriente médico-social es mayor que ALAMES en la región. Puede leerse un resumen riguroso sobre su origen en el primer capítulo de la tesis doctoral de la investigadora Ana Lucía Casallas (Casallas, A.L., 2019). Personalmente considero que, con raíces centenarias en Europa occidental – Alemania, Francia, Inglaterra y Bélgica (Rosen, 1985) – la medicina social- salud colectiva 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 -. Allí se formaron algunos de los médicos, profesionales de la salud y/o sociólogos de la región que se interesaron en explorar las relaciones y la aplicación de las ciencias sociales a la salud, y que luego lideraron y cultivaron esta área de conocimiento y 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 y de salud colectiva, en FLACSO y en la Escuela de Salud Pública de la

Universidad de Antioquia, en Medellín, Colombia. Surgieron 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 en Brasil, y la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, sede Xochimilco, en México, que contó con el apoyo de funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud, como Juan César García y María Isabel Rodríguez, y con la participación de intelectuales de varios países de la región, exiliados por entonces en ese país. Surgieron también los institutos de investigación médico-social y de salud colectiva en Quito, Ecuador; Rosario, Argentina; Santo Domingo, República Dominicana, y La Habana, Cuba. En la misma década del setenta empezaron a producirse algunas de las investigaciones y tesis que han servido de base para el desarrollo del pensamiento médico social. Conviene destacar, entre otras, la de Alberto Vasco en sociología en FLACSO en 1973: “Salud, medicina y clases sociales” (Vasco, A. 1986); la de Sergio Arouca en el Instituto de Filosofía y Ciencias Humanas de la Universidad de Campinas, Brasil, en 1975: “El dilema preventivista” (Arouca, 2003); y la de Ana María Tambellini, también en la Universidad de Campinas en 1975: “Contribución al análisis epidemiológico de los accidentes de tránsito” (Tambellini, A.M, 1975)

Desde 1981 se empezaron a realizar Seminarios Latinoamericanos de Medicina Social. El primero de ellos abordó en México el tema de “La industrialización, la dependencia y la salud”. Al año siguiente el tema fue “La investigación en las ciencias sociales en la salud” y tuvo también un carácter de solidaridad con el pueblo de Nicaragua, sede del Seminario.

En diciembre de 1983 se realizó en Cuenca una nueva reunión sobre ciencias sociales y salud, liderada por Juan César García. Allí se abordaron tanto los aportes desde algunos países: Brasil, Ecuador, Venezuela, México, como desde las distintas disciplinas: antropología, sociología, economía, psicología y epidemiología. También se presentaron los desarrollos sobre temas tan diversos como: salud y trabajo, planificación en salud, mortalidad infantil, enfermedades tropicales, tecnologías en salud (Duarte Núnes, 1986). Seis meses más tarde, 8 de junio de 1984, murió Juan César, dejando ya una semilla fecunda en casi toda la región (García, 1994).

Y justo en el III Seminario Latinoamericano de MS en Ouro Preto, Brasil, en 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 (Abrasco, 1987). En el documento de su creación – Acta de Ouro Preto, del 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 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 son actualmente objeto de investigación y debate, al igual que el balance de los diecisiete congresos Latinoamericanos de Medicina Social y Salud Colectiva celebrados hasta ahora.

2. Algunos rasgos específicos de la identidad de ALAMES.

2.1. Más allá de la salud pública convencional: construyendo pensamiento crítico en salud.

La corriente médico-social y de salud colectiva 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*” – puede considerarse uno de los puntos de la ruptura teórica. Y las tensiones entre la escuela clásica de salud pública de México y la maestría en medicina social de la UAM-Xochimilco constituyen también expresiones concretas del proceso de ruptura con el viejo modelo y de surgimiento de la nueva corriente. En el caso de Brasil, la facultad de medicina de la Universidad del Estado de Río de Janeiro introdujo cambios de fondo en 1967, y luego creó el Instituto de Medicina Social en 1971 (Castro, A. 2024).

En todos los casos estaba de fondo la crítica al uni o multicausalismo y la apertura hacia la comprensión de la determinación social de los procesos relacionados con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte; 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 tecnoburocratización del sector de la salud pública y la verticalidad de sus programas, y la necesidad de bases más científicas, programas más ligados a las dinámicas sociales y prácticas más situadas y comprometidas políticamente como progresistas, de izquierda sanitaria.

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 (Laurel, 1978) y (Laurel, AC, 994), Juan Samaja (Samaja, J, 1977); (Madel, T.L, 1988), (Franco, Nunes, Breilh, Laurel, 1991). (Breilh, J. 2004), y (Testa, M, 1997).

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 aun mayores. Puede afirmarse 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 – a cuarenta años de su fundación – desafíos y tareas aun más grandes que las vislumbradas en 1984. Pero cuenta ya, por suerte, con un rico patrimonio temático, metodológico y de la práctica que le permite mirar con optimismo y tranquilidad el futuro.

2.2. 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” (Rosen, 1985, página 79). 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**, con cuya conceptualización y asimilación tenemos una gran deuda en nuestra corriente de pensamiento crítico en salud) 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.

Político como parte de los procesos anteriormente enunciados, como sujeto y objeto de las luchas del poder y como componente de las razones y metas fundamentales de la sociedad y de los Estados. Además, si bien la enfermedad y la salud se viven también y tienen significados en el espacio personal-individual, son

acontecimientos públicos, colectivos, sociales. Lo que entiendo por salud es producto de saberes y creencias de mi entorno y de otros entornos. La manera como enfrente la enfermedad depende de los mismos saberes, y de los recursos de que dispongo, de las prácticas vigentes y del ordenamiento dispuesto para el efecto por el Estado. Quiera o no cada sujeto, la manera de entender y atender la salud y la enfermedad está mediada por un conjunto de valores, conocimientos, relaciones, intereses y poderes que configuran justamente el mundo de la política.

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 (García, 1994, páginas 95-144); de Mario Testa y Carlos Bloch sobre Estado y salud (Alames, 1987); el conjunto de ensayos organizados por Sonia Fleury sobre Estado y políticas sociales (Fleury, 1992); los aportes del Centro de Estudios y Asesoría en Salud, de Quito sobre Ciudad y muerte infantil, (Breilh. Granda, Campaña, Betancourt, 1983); de Franco sobre el paludismo en América Latina (Franco, 1990), entre muchos otros, dan cuenta de este aporte a la configuración política del campo de la salud. Además, como lo expresó Armando de Negri en la cátedra Juan César García del 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” (De Negri, A, 2016). Ética colectiva que ha sido desarrollada también por varios integrantes de la corriente médico- social y de salud colectiva latinoamericana, entre los que podemos contar a Giovanni Berlinguer - italiano de origen, pero fuertemente vinculado a América Latina- (Berlinguer, G. 1994) y a Víctor Penchaszadeh (Penchaszadeh, V. 2024)

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 y la autodeterminación de los pueblos, por el enfrentamiento a regímenes dictatoriales y el retorno o la permanencia de la democracia, por sistemas de salud no mercantiles y de carácter público, universal y de calidad (Hernández, M. 2.000), 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, o 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 y de salud colectiva latinoamericana ha debatido, asimilado y, en algunos casos, 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, Venezuela, Colombia o Argentina, por ejemplo. Se discute en la actualidad la posición de la Asociación ante procesos como los de Nicaragua y Venezuela. Y 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 esta íntimamente ligado a la capacidad de entender e interpretar adecuadamente el momento y la perspectiva política de la región y acertar en los lineamientos para la acción.

2.3. Conciencia y proyecto latinoamericanos. Desde sus comienzos, como se esbozó inicialmente, esta corriente se entendió y se configuró con carácter y nivel latinoamericano. Los encuentros de Cuenca, los núcleos de investigación, las escuelas y programas de posgrado específicas o afines, tuvieron esa impronta y tanto los investigadores, como 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 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 cada uno de 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.

Es preciso reconocer que, si bien espacialmente la categoría “América Latina” parece estar clara en nuestro lenguaje y en las formas como hemos tratado de

organizarnos, no hemos problematizado aún lo suficiente la consistencia conceptual y la solidez político-económica de esa compleja realidad regional.

Conviene destacar también que en estos 40 años de ALAMES la realidad latinoamericana nunca ha negado ni opacado las realidades nacionales. Al contrario, las ha contextualizado, resaltado, 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 en 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, recientemente fallecido -, 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.

2.4. 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 las/los integrantes. La realización, por ejemplo, del segundo seminario-congreso latinoamericano de Medicina Social en Managua, en septiembre de 1.982 fue, como ya se anotó, un acto de solidaridad con el proceso revolucionario de Nicaragua, 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 de los distintos momentos. La Declaración de Ouro Preto, de 1984, hizo explícita la solidaridad de los/las 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 4º congreso latinoamericano y 5º mundial de medicina social (que incluyó una delegación de Australia), la solidaridad se hizo

extensiva hasta los aborígenes 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 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.

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

3.1. La vida en paz en América Latina. Nuestro horizonte como humanidad es 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, que hemos venido tratando de asimilar en nuestra corriente de pensamiento crítico en salud y que cada vez más nos demuestra la importancia del reconocimiento de la interculturalidad en salud. Hace tres décadas formulé la categoría **proceso vital humano** (Franco, S. 1993), que creo puede contribuir a esta discusión sobre la centralidad de la vida en el campo de la salud.

Y la paz, no sólo como ausencia de guerra, sino como convivencia tranquila en sociedades equitativas y democráticas 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. Las luchas en defensa de la democracia y con amplia participación social en salud hacen parte fundamental de este objetivo. En su reciente aporte sobre los desafíos de la salud colectiva en América Latina, Sonia Fleury concluye muy acertadamente: “Pensar cómo puede ser la salud una palanca para la emancipación, la defensa de la vida y la democracia es nuestro desafío hoy y siempre” (Fleury, S. 2024)

3.2. 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, en el año 2.000 y el de Brasil en 2007) lo trataron como uno de sus temas centrales. Y 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 la vivienda, la alimentación, la educación, los ingresos, el acceso a la información y al poder.

Especial atención ha venido mereciendo en ALAMES el tema de las inequidades de género, incluyendo críticas y autocrítica a las prácticas de la propia Asociación. La Red de género de la Asociación ha venido cumpliendo un papel importante al respecto y es de esperarse que en los próximos años la equidad real de género sea una de las banderas de ALAMES tanto al interior como en su práctica social.

Desde la corriente del pensamiento crítico en salud 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.

3.3. Por la garantía efectiva del derecho fundamental 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. Cinco de los diecisiete congresos de ALAMES realizados hasta ahora (Argentina, 1997; Perú, 2004; Brasil, 2007; Uruguay, 2012 y Bolivia, 2018) han incluido este 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. Y 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.

3.4. 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, y 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 algunas de las aristas del problema. Y fue justamente en los congresos de Paraguay en 2016, Bolivia en 2018 y República Dominicana en 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, 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 reciente cumbre COP16 realizada en Cali, Colombia, puede servirnos para encauzar el trabajo al respecto: **Paz con la naturaleza**. Es suficientemente amplio y potente, y nos conecta con nuestro supremo desafío: la vida en paz en América Latina.

3.5. La Medicina Social/Salud Colectiva en tiempos de pospandemia, virtualidad e inteligencia artificial.

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 reciente Congreso de ALAMES en Buenos Aires. Sin duda ha sido el evento sanitario de mayor significado y de más profundas consecuencias que nos haya tocado vivir. Pues bien, a la medicina social latinoamericana le corresponde también repensarse y recolocarse de cara a semejante acontecimiento. Ni los interrogantes que la pandemia planteó, ni las condiciones que la hicieron posible, ni el balance de las maneras como la enfrentamos, ni los alcances de sus consecuencias han sido suficientemente aclarados, valorados y asimilados. Y algo podemos y debemos hacer al respecto.

Una de las muchas consecuencias de la pandemia ha sido su contribución a la instalación definitiva de la virtualidad en el mundo de la información y la comunicación, con todos sus riesgos y posibilidades. Y si bien todas/os en alguna medida recurrimos a ella y como Asociación la hemos ido empleando, creo que la

virtualidad ofrece una enorme variedad de opciones y oportunidades que todavía no estamos empleando y que pueden facilitar y potenciar el trabajo de una entidad como ALAMES.

Finalmente, uno de los campos más dinámicos y retadores de la informática actualmente es la Inteligencia Artificial -IA-. A partir de consideraciones semejantes a las de la virtualidad, ceo que también en el desarrollo del pensamiento médico-social y en los proyectos y actividades de ALAMES deberíamos utilizar más y mejor esta potente herramienta en presente y futuro.

Referencias bibliográficas.

ABRASCO. *Memorias do III Seminario Latino-Americano de Medicina Social*. Rio de Janeiro, 1987.

Arouca, Sergio. *El dilema preventivista*. Lugar editorial. Buenos Aires, 2008.

Berlinguer, Giovanni. *Ética de la salud*. Lugar editorial. Buenos Aires, 1996.

Bloch, Carlos y Testa, Mario. *Estado y Salud*. Tomado de: Rojas O. Francisco y Márquez, Miguel: *ALAMES en la Memoria, selección de lecturas*. Páginas 161-219. Editorial Caminos. La Habana, 2009.

Breilh, Granda, Campaña, Betancourt. *Ciudad y muerte infantil: investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado: un método*. Quito, 1983.

Breilh, Jaime. *Epidemiología crítica*. Lugar editorial. Buenos Aires, 2004.

Casallas Ana L. *Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana: una perspectiva histórica*, páginas 40-46. Tesis doctoral. Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Quito, 2019.

Castro, Arachu. *La medicina social y las ciencias sociales en América Latina: tensiones conceptuales para la transformación de la salud pública en el siglo XX*. *Revistas Panamericana de Salud Pública*. Vol. 48, 2024.

De Negri, Armando, 2016. Citado por: Casallas Ana L. *Aportes y desafíos de la salud colectiva latinoamericana: una perspectiva histórica*, página 224. Tesis doctoral. Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. Quito, 2019.

Duarte Nunes, Everardo. *Ciencias sociales y salud en Américas Latina*. OPS-CIESU, Montevideo, 1986.

Fleury, Sonia. *Estado y políticas sociales en América Latina*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco-Fundación Oswaldo Cruz, México, 1992.

Fleury, Sonia. *Origen, reformas y crisis: desafíos de la salud colectiva en América Latina*. CEBES, junio 4, 2024.

Franco, Núnes, Breilh, Laurel. *Debates en Medicina Social*. OPS-ALAMES. Quito, 1991.

Franco, Saúl. *El paludismo en América Latina*. Editorial Universidad de Guadalajara. México, 1990.

Franco, Saúl. *Proceso vital humano – proceso salud/enfermedad: una nueva perspectiva*. En: *Ética, Universidad y Salud*. Universidad Nacional de Colombia – Ministerio de Salud. Bogotá, 1993.

García, Juan César. *Pensamiento social en salud*. Interamericana, OPS. México, 1994.

Hernández, Mario, 2.000. Tomado de: Rojas O. Francisco y Márquez, Miguel: *ALAMES en la Memoria, selección de lecturas*. Páginas 490-507. Editorial Caminos. La Habana, 2009.

Laurell, Asa Cristina. *Proceso de trabajo y salud*. Cuadernos Políticos, 17: 59-77. México, 1.978

Laurell, Asa Cristina. *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad*. En: *Lo biológico y lo social- su articulación en la formación del personal de salud*, de Organización Panamericana de la salud, 1-12. Washington: OPS, 1994

Madel, T.L. *Natural, Racional, Social*. Editora Campus. Rio de Janeiro, 1988.

Penchaszadeh, Víctor. *Bioética y Derechos Humanos*. Cátedra Juan César García. XVII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Buenos Aires. 20223.

Rosen, George. *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI editores. México, 1985.

Samaja, J. *Lógica biológica y sociología médica*. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, 6-12. 1977.

Tambellini, A.M. *Contribución al análisis epidemiológico de los accidentes de tránsito*. Tesis doctoral. Universidad de Campinas, 1975.

Testa, Mario. *Pensar en salud*. Lugar editorial. Buenos Aires, 1997.

Vasco, U. Alberto. *Salud, medicina y clases sociales*. Editora Rayuela. Medellín, 1986.

Saúl Franco.

Médico social, miembro co-fundador de ALAMES.

Bogotá, **noviembre 22 de 2024.**