



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Arango Panesso, Yolanda

Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la
promoción de salud

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 34, núm. 1, enero-marzo, 2008

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420865017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DEBATE

Referentes socio-históricos latinoamericanos: contribución a los fundamentos políticos de la promoción de salud

Latin American social and historical references: contribution to the political fundamentals of health promotion

Yolanda Arango Panesso^I

^IMáster en Salud Pública. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Cali, Colombia.

El principal dilema de América Latina...está fundado en la contradicción paradójica que se establece al tratar de mantener un orden jurídico y político basado en el principio de la igualdad básica entre los ciudadanos y, al mismo tiempo, preservar el mayor nivel mundial de desigualdad en el acceso a la distribución de la riqueza y de los bienes públicos.¹

Sonia Fleury

RESUMEN

En el presente artículo se destacan algunas contribuciones desde el pensamiento médico-social latinoamericano que escasamente han sido mencionadas en la documentación existente sobre promoción de la salud. Sin embargo los aportes teórico-metodológicos propios de estos países, desde numerosos/as científicos sociales, han logrado avances significativos en los campos de la sociología médica, la epidemiología social, la salud colectiva, la investigación-acción, por nombrar sólo algunos campos del saber. Así mismo, diversos acontecimientos sociopolíticos en este continente, a partir de la década de los años 60, han marcado significativamente planteamientos desde la corriente social de la salud, enriqueciendo el pensar y el hacer -a la luz de posiciones políticas contrahegemónicas- en defensa de la salud pública concebida como un derecho humano fundamental.

Palabras clave: Pensamiento médico-social, derecho humano, Latinoamérica, Promoción de Salud.

SUMMARY

The present article underlined some contributions by the Latin American medical and social thinking that have been barely mentioned in the existing documents about health promotion. However, the theoretical and methodological contributions made by a number of social scientists from these countries have achieved significant advances in the fields of medical sociology, social epidemiology, group health, research-action, just to mention some areas of knowledge. Likewise, various sociopolitical events that took place in this continent since the 60`s have significantly influenced several statements based on the social nature of health, thus enriching the way of thinking and the way of acting - in the light of counter hegemonic political positions - for the defense of the public health seen as a fundamental human right.

Key words: Medical-social thinking, human right, Latin America, health promotion.

INTRODUCCIÓN

A través de la historia latinoamericana, el abordaje del proceso salud-enfermedad ha estado ligado a diversos momentos inscritos en procesos o dinámicas sociales tanto de carácter mundial como regional o local al interior de los propios países. Estos momentos han desencadenado procesos que han contribuido de una u otra manera a conformar un sólido aporte conceptual y metodológico desde una visión social de la salud, que a su vez, ha convocado políticamente hacia la defensa de una práctica de salud pública concebida desde referentes de la medicina social y la salud colectiva. Estos aportes en el marco teórico o de praxis concretas, han estado presentes desde las décadas de los años 60, 70 y 80 del siglo XX, épocas marcadas por diversos acontecimientos sociales intercontinentales en busca de justicia social, derechos humanos, luchas revolucionarias, movimientos populares y definición de políticas en defensa del derecho a la salud.

En su conjunto estos diversos sucesos marcaron el clima sociopolítico latinoamericano, cuando a su vez se convocaba a los países del mundo a repensar el quehacer en salud desde las propuestas de atención primaria (Alma Ata 1976) y diez años más tarde (1986) concebir la promoción de la salud como vía política para impactar en los determinantes estructurales que menoscaban la vida y la salud a nivel mundial. Sus contenidos sociopolíticos trascendieron la visión hegemónica biologicista, patocéntrica y unidisciplinaria históricamente prevalente, hacia una visión integralmente intersectorial, en busca de la equidad y los cambios estructurales, que en última instancia determinan los procesos de enfermar y morir y afectan a millones de seres humanos. Mujeres y hombres sumidos en la miseria, como producto de una exclusión social mantenida y por tanto carente de las condiciones fundamentales para gozar del bienestar que permita llevar una vida digna y favorablemente saludable.

ALGUNAS ANOTACIONES PRELIMINARES

Una rápida mirada a los legados de las culturas indígenas latinoamericanas, ubican algunos elementos que desde esas remotas épocas hacen parte del acervo cultural continental referidas a las concepciones sobre la salud, la vida, la enfermedad y la muerte.

Antes de la llegada de los españoles, la medicina aborígen se caracterizaba en las diversas culturas indígenas por sus concepciones religiosas, mágicas y empiristas. Su respeto por la naturaleza y su relación con el cosmos dejó un legado que aún es valorado como es el calendario maya. En estas comunidades se les ha reconocido por sus complejos conocimientos matemáticos y astronómicos. Entre los aztecas, mayas e incas el desarrollo terapéutico medicinal de las plantas aportó un conocimiento de gran importancia para la posteridad, como la quina y el curare, además de otras muchísimas plantas altamente medicinales. Estas culturas usaron el baño a vapor, el masaje, la dieta y el ayuno como formas de tratamiento para algunas dolencias. Mantuvieron cultivos alimentarios, lograron utilizar convenientemente el flujo de las aguas, descubrieron formas de organización social reconocidas, valoraron la importancia de la naturaleza y la protegieron a través de los siglos.

En la actualidad las comunidades indígenas representan uno de los grupos humanos que mantienen una inquebrantable lucha por la preservación y conservación de la naturaleza. En particular la espiritualidad maya en su concepción del respeto al ser humano y a la naturaleza asume una profunda responsabilidad por construir una vida sana desde una comprensión que favorezca a toda su comunidad.

Las luchas de los movimientos indígenas encaminados a que se les reconozca su identidad cultural, política, social y organizativa así como sus derechos, forman parte de los debates en diversos ámbitos tanto de la salud como culturales. En la reciente Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos, realizada en Cuenca, Ecuador en julio de 2005 la Declaración de Cuenca reconoce "que la interculturalidad es un elemento fundamental para promover la equidad social y construir un sistema de salud justo. La equidad en el acceso a la información en salud es un derecho humano y es esencial para los pueblos indígenas. Se debe empezar por incorporar los diferentes saberes de los pueblos para desarrollar sistemas de salud culturalmente apropiados y equitativos, capacitación de los trabajadores de la salud en habilidades para la interculturalidad, condiciones de trabajo justas, seguridad nutricional y desarrollo de un ecosistema saludable."

Si bien estos pronunciamientos se plantearon en el citado escenario, son reivindicaciones que se vienen exigiendo en los debates que sobre los derechos de las poblaciones indígenas, han sido explicitados en diversos escenarios latinoamericanos especialmente donde los asentamientos indígenas son mayoritarios como Bolivia, Perú, Ecuador, Guatemala y México.

LUCHAS REVOLUCIONARIAS: CASO CUBA

Muchos siglos después a partir del triunfo revolucionario a finales de la década de los años 50, Cuba se ha constituido en un referente obligado como modelo de salud integral, a la luz de una plataforma política estatal que postula la salud como un bien público y un derecho ciudadano.

"El artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba, establece el derecho de todos los ciudadanos a que se les atienda y proteja su salud y la obligación que tiene el Estado de garantizar ese derecho con la prestación de la asistencia médica gratuita, mediante la red de instalaciones de servicios médicos" (Artiles L, Alfonso A. Cuba: El Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina. ALAMES. Sin fecha).

El sistema de salud cubano parte de la concepción integral de la salud conformando un conjunto de unidades administrativas, de servicio, producción, docencia e investigación. Ha

logrado una cobertura sanitaria total en todo el país, un ejercicio social de la atención así como una participación activa y organizada de la población entre los que se destacan los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas, la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, entre otras (Artiles L, Alfonso A. Cuba: El Derecho a la Salud. Situación en países de América Latina. ALAMES. Sin fecha). Su pilar fundamental está articulado a la atención primaria y la medicina familiar con intervenciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Respecto a la primera se destacan los logros en los altos niveles de educación primaria, secundaria y universitaria. El fomento de prácticas saludables como el deporte, la recreación y el acceso masivo de la población a diversas actividades culturales y lúdicas: conciertos, cine, exposiciones, teatro... desarrollos científicos, de servicios e investigaciones en busca de una sociedad saludable. Los beneficios se conciben, se planifican y proyectan sin distingos sociales, étnicos, territoriales, generacionales, de género. Sus diversas producciones, en varios campos del saber, son altamente reconocidas y valoradas a escala mundial.

La OMS, entre otros organismos internacionales, ha reconocido el impacto del sistema sanitario cubano, reflejado en sus indicadores de salud, considerados entre los mejores de América Latina durante casi 50 años de vigencia del modelo de salud pública socialista, tales como la esperanza de vida al nacer 77 años (ambos sexos), coberturas de vacunación por encima de 90 %, atención de partos institucionales cercanos al 100 %, eliminación de enfermedades como la poliomielitis, difteria, tosferina, sarampión, rubéola y parotiditis.²

DERECHO A LA SALUD: UN DERECHO POR EL QUE SE LUCHA

El derecho a la salud, se ha reconocido como uno de los derechos humanos fundamentales incluyente para todo grupo humano sin distinción de clase, etnia, ideología política, género, cultura o territorialidad. Se le valora como un bien público esencial ligado al bienestar y la conservación digna de la vida.

En América Latina la lucha por este derecho ha sido convocante de innumerables acciones ante las iniquidades sociales que afectan a grandes núcleos poblacionales que se ven excluidos de los beneficios derivados del acceso a la vivienda, la alimentación, la educación, la seguridad y el empleo, pilares sustanciales para lograr condiciones de vida saludables.

Al ser fundamentalmente una responsabilidad del Estado, se requiere de políticas sociales que logren concretar intervenciones hacia el logro de este derecho; sin embargo grandes grupos poblacionales latinoamericanos padecen extremas condiciones de pobreza, desigualdad y exclusión. Latinoamérica se la clasifica como la región más iniquitativa del mundo.³

Es inculcable que las políticas de "desarrollo" en América Latina han conducido a la exclusión social y a profundizar las iniquidades de orden económico, cultural, étnico, de género, entre otras. El modelo ha mantenido rasgos estructurales que han marcado una progresiva pauperización y un desfavorable saldo que puede considerarse como el más vergonzoso resultado del llamado "desarrollo" en el pasado siglo, con sus políticas de ajuste estructural orientadas bajo premisas del modelo económico neoliberal, con una explícita privatización de las entidades estatales de servicios públicos aun vigentes.

En el marco de tales condiciones, desde hace más de tres décadas en América Latina las luchas populares contra el modelo neoliberal se han presentado en diversos países. Es así como marchas, huelgas, proyectos alternativos de salud pública, informes, debates, y planteamientos alternativos han estado orientados por principios que sostienen que la salud es un derecho humano innegociable y que las iniquidades sociales, económicas, étnicas, de género, geográficas constituyen determinantes estructurales que conducen a la exclusión, condicionan las formas de enfermar y morir y profundizan las brechas en todos los órdenes de las relaciones interhumanas.

DEBATES Y MOVIMIENTOS SOCIALES EN DEFENSA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Algunos referentes contextuales

"La medicina social latinoamericana se desarrolló por la formación de grupos académicos, practicantes e investigadores del campo de la salud que se unieron a los movimientos de trabajadores y de estudiantes y a las organizaciones populares disconformes con el modelo económico denominado desarrollista, que se implantó con intensidad en la década de los sesenta en América Latina... los grupos ligados a la medicina social desarrollaron un cuestionamiento en respuesta a la crisis de la salud pública, que se puso de manifiesto a fines de esa década... mientras se observaba un crecimiento de los indicadores macroeconómicos en la mayoría de los países latinoamericanos, se deterioraban los indicadores sociales, entre ellos los de la salud... Las relaciones entre clase social y problemas de salud se hicieron más evidentes así como las inequidades en el acceso a los servicios de salud."⁴

Ejes centrales en el pensamiento médico social latinoamericano

Se pueden agrupar en torno a los siguientes fundamentos:

- "Consideran la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen... Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determinan. En este sentido, las principales categorías analíticas son la reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras. Es a partir de estas categorías que las especificidades individuales, tales como sexo, edad, educación, ingreso, raza encuentran determinación explicativa."⁴ En algunos estudios la categoría trabajo es especialmente abordada por su importancia. Según *Laurell* la relación trabajo-salud permite pensar estructuralmente el problema crítico del encuentro entre lo natural y lo social.
- La medicina social conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso dialéctico y no como una categoría dicotómica. ...Las explicaciones simplistas por las cuales un agente específico es la causa necesaria y suficiente para producir una enfermedad no consideran adecuadamente las condiciones sociales que son determinantes para el desarrollo de la enfermedad."⁴
- Desde estos abordajes teórico-metodológicos ha sido posible "un enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo."⁴

- La desmistificación de las políticas desarrollistas y del Banco Mundial así como de otros organismos internacionales, desde la década de los sesenta, ha sido un serio y sostenido trabajo teórico-político, de la corriente social de la salud.

En el contexto de las décadas mencionadas (60, 70 y 80), cuando se promulgaron las propuestas sanitarias más importantes del siglo XX, -atención primaria y promoción de la salud- con proyecciones al presente y futuro, cabe resaltar los debates y análisis críticos que circulaban en América Latina referidos a la corriente funcionalista de la sociología médica dominante. En este sentido, fue muy importante el papel que tuvo la reunión sobre la enseñanza de las ciencias sociales en las Facultades de Salud, realizada en Cuenca, Ecuador en 1972 bajo el liderazgo de *Juan César García*, médico y sociólogo, quién llevó a cabo numerosos trabajos destinados a develar las relaciones entre la enfermedad y los problemas sociales. *Juan César* es sin lugar a dudas, uno de los impulsores de la Medicina Social Latinoamericana... planteaba que el término de medicina social (acuñado en el siglo XIX en Europa) debía tener características tales como: integrar el pensamiento social, ampliar la responsabilidad del Estado y un compromiso político de cambio.

En dicho evento se analizó la práctica convencional de la salud pública y de la medicina preventiva "centrado en el análisis estático de los fenómenos sociales, eliminando el carácter de procesos de dichos fenómenos y desligado de la base material en la cual estos se producen... en estas condiciones, la salud aparece como un valor, como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social" (Granda E. Veinte años, balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina. Lima; IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 2004).

Se concluyó, en esta reunión la importancia de construir un modelo alternativo -desde el método histórico estructural- en torno a las siguientes características: "Centrarse en el análisis del cambio, incluir elementos teóricos que permitan investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas y permitir el análisis tanto de niveles específicos de la realidad como de niveles estructurales y las relaciones entre ambos" (Granda E. Veinte años, balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina. Lima; IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 2004).

Cabe mencionar sin embargo que "fue después de la segunda Guerra Mundial que se observó un proceso inicial de revisión de las tendencias que hasta entonces habían orientado las cuestiones de la salud tanto en lo que se denominaba Medicina Preventiva como en el campo de la llamada Salud Pública. Esta ha sido la observación de todos los estudiosos que se dedicaron a analizar la historia social de los orígenes y desarrollo del área, que titulada Medicina Social, vendría, no a yuxtaponerse, por un proceso de recuperar antiguas denominaciones, sino principalmente, por un proceso de rearticulación, y de redefinir un campo de prácticas específicas de salud... Conviene resaltar que el desarrollo en América Latina tiene características propias siendo importante la influencia en la demarcación de esa área las propuestas de reforma educacional en medicina desde mediados de los años 50, la producción investigativa y la participación del Estado y del movimiento sanitario."⁵

El esfuerzo en torno a repensar la educación médica latinoamericana en el campo de la medicina preventiva se dio al considerarla, entre otras carencias como desintegrada de la prevención. "En la filosofía de la educación propuesta, se insistía en la atención integral del individuo y su familia, en la formación biosicosocial, en la práctica de la medicina integral, preventiva y de rehabilitación, en el conocimiento y participación en la solución de los problemas de salud de la comunidad". Los documentos de la década de los 50 explicitan que

los conocimientos permitan comprender la dimensión "del hombre como unidad social, teniendo presente las relaciones recíprocas con el medio ambiente: fisicoquímico, biológico, psicológico o social" así como prácticas que permitieran contacto con la realidad.⁵

La OPS lidera diversas reuniones a partir de los años 1955 en el intento de formalizar en los estudios de pregrado de la carrera de medicina, los contenidos de las ciencias sociales, desde una crítica a la biologización de la enseñanza. En 1974, dicha institución lleva a cabo un seminario para evaluar la situación de esa enseñanza dándose por primera vez la tentativa de una definición de la medicina social como "el campo de la práctica y conocimientos relacionados con la salud como su preocupación principal y propone estudiar la sociedad, analizar las formas corrientes de la interpretación de los problemas de salud y de la práctica médica."

Así mismo se destacan los planteamientos que sobre la medicina social circulaban entre pensadores reconocidos como *Arouca* quién argumentaba que "una ruptura con la Medicina Preventiva permitiría desde la Medicina Social delimitar su objeto de estudio, a partir de lo cual podría producir conocimientos que contribuirían para una acción transformadora."⁵

Diversas reuniones, encuentros y seminarios llevados a cabo entre las décadas de los 60 y 70 estimularon el desarrollo de las Ciencias Sociales en el campo académico. Como se mencionó, el papel de *Juan César García* fue de un liderazgo sobresaliente. Desde sus convocatorias merece destacarse el Seminario de Cuenca-Ecuador en 1972, que reunió 11 países de América Latina. En relación con los debates teórico-metodológicos fue puesta en discusión el papel de la sociología funcionalista por sus "limitaciones explicativas y la parcialización de la realidad estudiada... Bajo estas condiciones la salud aparece como un valor, como una función, y como un servicio con vida propia dentro de cualquier sociedad impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social."⁵

En el ámbito de los cursos de posgrado (incluyendo doctorados, maestrías, especializaciones, o residencias) se destacan esfuerzos que desde el primer quinquenio de los años 70 abrieron espacios de debates bajo sólidos planteamientos de las ciencias sociales, como campo particular para entender los fenómenos del proceso salud-enfermedad desde fundamentos de un pensamiento sociológico, articulado al materialismo histórico. Estos programas permitieron en México, Brasil, Ecuador, Venezuela, Cuba, ahondar en el análisis de la formación económico social latinoamericana, así como en los estudios de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

En lo referente al campo de la investigación desde la corriente médico social latinoamericana, se reconocen tres campos de estudio donde sus aportes han sido explícitos: condiciones de vida y salud, salud y trabajo y Estado y salud. "La línea de condiciones de vida intenta hacer una primera caracterización de los perfiles epidemiológicos asociados con las condiciones de pobreza y privaciones que genera la crisis económica en la mayoría de la población; la línea de trabajo y salud le interesa más el estudio de los efectos de la reconversión industrial o modernización productiva sobre la salud de los trabajadores; y la línea de Estado y salud se centra especialmente en la investigación del impacto de las políticas neoliberales sobre los servicios estatales de salud."⁶

Se podría afirmar que durante estas décadas 60, 70 y 80 el clima de discusión, estudio, investigación y formación del recurso humano en América Latina, se articuló desde las ciencias sociales en un amplio trabajo, de análisis crítico y propuestas teórico-metodológicas reconocidas por sus aportes a la construcción de un pensamiento social en salud,

trascendiendo el biologicismo y funcionalismo hegemónico. Desde este abordaje, como se ha mencionado, algunas corrientes dentro de la OPS a partir de los años 60 "agrupadas bajo el nombre de Medicina Social, bajo el comando de Juan César García ha permitido a algunos autores latinoamericanos retomar la discusión y elaborar algunos elementos de extrema importancia para la construcción de una teoría de lo social en el campo de la salud. Las dos categorías que van a servir de punto de partida sociológico para este intento de construcción será Proceso de Trabajo y Clase Social."⁷

Es pertinente resaltar que a finales de los años 70 *Laurell* criticaba el paradigma dominante que considera la enfermedad como un proceso biológico individual y señala varias posibilidades de entender la relación de la salud con la enfermedad como un proceso social: subraya la naturaleza histórica del proceso y su comportamiento en las distintas clases sociales, proponiendo la construcción de un objeto de estudio que permita analizar la salud-enfermedad como un proceso social y, finalmente, la conveniencia de realizar una discusión sobre la causalidad.

En general, el estudio de las enfermedades tropicales, crónicas e infecciosas recibieron aportes que trascendieron el análisis de factores hacia su abordaje en tanto procesos dentro de un análisis social. Igualmente aconteció con temáticas específicas como desnutrición, trabajo, enfermedades mentales, accidentes de tráfico, violencia, desempleo, crisis y salud, entre otras.

El siguiente recuadro recoge los temas que desde la categoría proceso salud-enfermedad son referencias de la bibliografía latinoamericana entre los años 1950-1985.⁵

A su vez, los movimientos sociales latinoamericanos que luchaban por la salud desde su concepción de derecho humano fundamental, ampliaban los debates que circulaban en los ámbitos mencionados. "En la 8va. Conferencia Nacional de Salud realizada en Brasil en 1986 se planteaba que la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a los servicios de salud. Es antes que nada el resultado de las formas de organización social de la producción, las que a su vez pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida."⁵

Progresivamente los debates en América Latina abrieron, en los años 70, nuevos aportes teórico metodológicos planteados en Brasil por un grupo de profesionales progresistas, que dieron lugar a una concepción social reconocida como "salud colectiva". Esta corriente de pensamiento, propone, desde sus inicios, que la intervención no sea sobre meros individuos, sino en sujetos sociales y centrarse en una *práctica de la salud*. "La salud Colectiva Brasileña trasciende el acento puesto en la salud/enfermedad hacia la categoría práctica de la salud" (Granda E. Veinte años, balance y perspectiva de la Medicina Social en América Latina. Lima; IX Congreso Latinoamericano de Medicina Social. 2004). A la luz de estos planteamientos sociopolíticos se llega a la Reforma Sanitaria Brasileña, abriéndose un nuevo capítulo en el marco del derecho a la salud en Latinoamérica.

De otra parte, la creación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), en 1984, ha venido liderando hace más de 20 años, una clara posición política que explícitamente lucha por: "Una mayor equidad en todos los terrenos de la vida, la salud se reconoce como un derecho y vela porque los Estados cumplan con sus obligaciones para con la ciudadanía."⁸

Igualmente otras organizaciones no gubernamentales como el Centro de Estudios y Asesoramiento en Salud (CEAS) del Ecuador, el Grupo de Investigaciones y Capacitación en Medicina Social (GICAMS) de Chile, el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de Argentina y la Asociación Brasileira de Salud Colectiva (ABRASCO) en Brasil han sido entidades que han asumido la producción y difusión de innumerables trabajos donde el paradigma social es el centro de sus trabajos y publicaciones.

En los Congresos Latinoamericanos realizados por ALAMES desde su creación ha mantenido debates muy importantes en torno a las relaciones entre la salud y la sociedad desde las ciencias sociales y otros campos del saber, comprometidos con el derecho a la salud y la responsabilidad del Estado para su protección. De especial importancia han sido los congresos que cada 4 años se han llevado a cabo en diversos países de América Latina como México, Colombia, Venezuela, Brasil, Argentina, Cuba y Perú.

DETERMINANTES SOCIALES COMO EJES EN LA MEDICINA SOCIAL/SALUD COLECTIVA

Juan César García escribió:

Existe un cierto grado de acuerdo sobre los temas fundamentales en la esfera del conocimiento: las determinantes sociales de la enfermedad y los servicios de salud. Es a partir de estos temas fundamentales que se produciría un cierto consenso sobre el ámbito de un campo de conocimiento que se considera como interdisciplinario.⁹

Es pertinente destacar algunos de los aportes teórico/metodológicos más sobresalientes, que desde diversos ámbitos tanto docentes como desde otras prácticas específicas numerosos (as) profesionales de las ciencias sociales y del campo de la salud, han contribuido desde la corriente contrahegemónica a la salud pública convencional a recrear categorías para comprender y ahondar en los determinantes que afectan la vida humana. "la medicina social surgió como un campo desafiante, por los aportes que ha hecho de los determinantes del proceso salud-enfermedad y a su complejidad, así como por el uso de teorías, métodos y técnicas."⁴

Específicamente los aportes respecto a determinación y el carácter del proceso salud-enfermedad desde el abordaje de la relación salud-trabajo ha logrado ahondar acerca de las contradicciones que vive la clase obrera en el contexto latinoamericano. En México se ha trabajado con los sindicatos de la industria y las comunidades locales para esclarecer los diversos problemas de los procesos de trabajo. En Chile se han adelantado investigaciones que vinculan las condiciones de género, trabajo y medio ambiente. En Ecuador se abordan los cambios económicos y las iniquidades de clase, etnia y género así como los procesos de trabajo para explicar los fenómenos de enfermar y morir. De otra parte, los avances de la epidemiología social desde un abordaje de análisis crítico y de transformación han redefinido su función, trascendiendo la corriente de la lógica positivista dominante.

En Colombia el tema de la violencia ha abierto un campo de estudio reconocido internacionalmente. En Argentina y Chile los problemas derivados de torturas, el exilio y las desapariciones han dado aportes importantes sobre asuntos que marcaron hondamente la vida de miles de personas durante las dictaduras militares.

A nivel general *Mario Testa*, ha postulado que en el terreno de la planificación, el objetivo de la planificación sanitaria debe ser el contribuir a promover la creación de condiciones que posibiliten la realización de acciones conducentes a cambios sociopolíticos y económicos en los países.¹⁰

CIENCIAS SOCIALES: APORTES A LA DEFENSA DE UNA SALUD INCLUYENTE

Es reconocida la existencia de numerosos pensadores que plantearon importantes aportes desde concepciones sociales en su trayectoria académica, en la práctica sanitaria o investigativa durante los siglos XVIII, XIX y XX entre los que se destacan: *Eugenio Espejo* (Ecuador 1747-1795), *Samuel Pessoa* (Brasil 1898-1976), *Carlos J. Finlay* (Cuba 1833-1915), *Gustavo Molina* (Chile 1910-1978), *Orlando Fals Borda* (Colombia 1925), *Cecilio Romaña* (Argentina 1899-1997), es imprescindible destacar la figura de *Juan César García* (Everardo Duarte Nunes. Salud y Sociedad en América Latina-Juan César García y los promovidos de una sociología de la salud. Material mimeografiado. Sin fecha).

Es imprescindible destacar -como se señaló anteriormente- el nombre de *Juan César García*, quien abrió nuevos senderos en el mundo de las ciencias sociales; desde la década de los sesenta aportó a dicho campo del conocimiento y su interrelación con los asuntos de la salud, desde un pensamiento sociológico fundamentado en el marco estructural histórico. Fue a través de numerosos encuentros promovidos por la Organización Panamericana de la Salud en donde *Juan César* laboraba, que llevó a cabo -en toda América Latina- una intensa y fructífera actividad intelectual e investigativa y de incentivo a las ciencias sociales en el campo de la salud, así como también desde otras instancias institucionales en los países o en eventos de carácter internacional. Dirigió el estudio más importante en el concierto latinoamericano sobre la educación médica. A lo largo de sus numerosos aportes destacó que:

...la estructura económica no sólo determina el lugar de la práctica médica en la estructura social, sino también el rango y la importancia de los elementos que componen el todo social. Esta determinación no corresponde a una causalidad simple sino a una de tipo estructural... Aun ciertas diferencias psicológicas pueden buscarse al nivel de la estructura económica. Es sabida la influencia que sobre la conducta y las actitudes tiene un desempleo prolongado: la apatía, la desintegración personal son factores que condicionan la aparición de la enfermedad.⁹

En América Latina *García*, fue uno de los forjadores de la medicina social, promoviendo la corriente de pensamiento que establece que la correlación entre enfermedad-muerte está relacionada con las formas de vida socialmente creadas y que el Estado tiene una responsabilidad irrenunciable en la intervención de los problemas de salud de los grupos humanos, promoviendo la justicia social, la equidad y la salud en tanto derecho humano fundamental.

Bajo estos postulados numerosos (as) defensores (as) de la medicina social, la salud pública alternativa y la salud colectiva, han aportado a los debates sociopolíticos, en Latinoamérica desde diversas áreas del saber -planificación, sociología, epidemiología social, economía, antropología, medicina, historia, enfermería, ciencias políticas... Se destacan *Edmundo Granda*, *Carlos Bloch*, *Jaime Breilh*, *Sonia Fleury*, *Saúl Franco*, *Cristina Laurell*, *Everardo Duarte Nunes*; *Miguel Márquez*, *José Teruel*, *Francisco Rojas Ochoa*, *María Isabel Rodríguez*, *Carlos Vidal*, *Helena Restrepo*, *Pedro Luis Castellanos*, *Hugo Mercer*, *Mario Testa*, *Héctor Abad*

Gómez, Hesio Cordeiro, Sergio Arouca, Hugo Bhem... entre otras muchas personas que han mantenido de una u otra manera desde la academia, la investigación y la conducción de proyectos y/o políticas sanitarias, importantes avances teórico-metodológicos en la defensa indeclinable de la salud y la vida; han contribuido a consolidar en esta región los postulados políticos de la promoción de la salud, desde posiciones ideológicas y paradigmas que defienden la existencia humana sin vergonzosos saldos de iniquidad, violencia, miseria, exclusión, muertes/enfermedades evitables, explotación, confrontaciones bélicas así como la preservación de la enorme biodiversidad planetaria.

Lemas políticos actuales como "Un Mundo mejor es Posible" vienen convocando a nuevos diálogos que se han gestado desde procesos sociales a mediados del pasado siglo, y tiempos pretéritos, como ya se ha reseñado.

LUCHA CONTRA LAS INIQUIDADES PROPIAS DE LA CULTURA PATRIARCAL

Nuevamente parece inevitable partir de la década de los años 60 dada la importancia de los acontecimientos derivados de las políticas antinatalistas, particularmente propugnadas en los países de América Latina. Fueron el sustrato político de los programas maternos infantiles, que bajo el predominio de la cultura patriarcal, confinaron la salud femenina y su sexualidad exclusivamente al ámbito reproductivo.

En dicho contexto, bajo las tensiones desencadenantes de la guerra fría y las luchas revolucionarias -en numerosos países latinoamericanos y Asia- las tesis desarrollistas de Mujer en el Desarrollo (MED) validaron fundamentalmente los roles maternos, sin cuestionar el tipo de desarrollo ni las causas de discriminación, desigualdad e iniquidad existentes.¹¹

Es a partir de la declaración del Decenio de la Mujer 1976-1985, que los movimientos sociales de las mujeres -especialmente feministas- desencadenaron en el mundo y en América Latina, muy particularmente, importantes debates en torno a la condición y posición de las mujeres en los ámbitos sociales, políticos, económicos y culturales. Surge en ese período los estudios de género como categoría de análisis; se consolida un nuevo paradigma que visibiliza y ahonda en las profundas iniquidades existentes y las relaciones de poder/subordinación _como producto de una milenaria cultura patriarcal- que ha marginado a las mujeres de las diversas esferas de socialización humana. "El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que plasma en situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres, desigualdad esta entendida en términos de las posibilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir."¹²

Debido a las luchas señaladas, diversos pronunciamientos, debates y políticas internacionales han promulgado, en las últimas décadas del siglo pasado, asuntos que revaloran la vida de las mujeres con directrices incluyentes en las diversas esferas sociales, políticas, económicas y culturales así como frente a la defensa de los derechos humanos fundamentales. Se destaca la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y las Conferencias Mundiales de México (1975), Copenhague (1980) Nairobi (1985) Beijing (1995 + 10).

La dimensión de lo acontecido es significativamente contundente. Se le ha reconocido como una de las revoluciones trascendentales del pasado siglo. Procesos de empoderamiento han

sido legitimados; así mismo la salud femenina ha sido repensada más allá de los enfoques reproductivos biológicos. Los estudios fundamentados en la categoría género han incentivado la concientización colectiva frente al ejercicio responsable y pleno goce de la sexualidad femenina. Colateralmente, se han abierto campos de estudio de la salud femenina que abarcan problemáticas como el cáncer, la depresión, la violencia, la desnutrición, el tabaquismo... logrando trascender los tradicionales programas maternos y posibilitando acciones integrales saludables, definición de políticas públicas, legislaciones e investigaciones que han marcado nuevos senderos frente a las históricas iniquidades de género.¹¹

A MODO DE REFLEXIÓN FINAL

Finalmente, es necesario reconocer que si bien Europa marcó definitivamente senderos que legitimaron un pensar y un hacer en las concepciones sociopolíticas de la atención primaria y la promoción de la salud es históricamente pertinente también valorar en su justa dimensión, todo el conjunto de acontecimientos latinoamericanos -ya mencionados y otros no incluidos- que como procesos han aportado al pensamiento social de la salud desde las primeras décadas del pasado siglo.

Pareciera necesario adelantar una tarea exhaustiva en las agendas futuras, de tal suerte que una parte del mundo -Latinoamérica- no sea excluida de los debates y análisis críticos que condujeron a postular el derecho a la salud como el paradigma que lidere las acciones de las políticas públicas sanitarias. De otra parte, en este continente se ha trabajado mancomunadamente en el entendido de una visión transecotrial, en función de privilegiar y defender la vida en sus múltiples manifestaciones humanas y de todas las especies vivas, así como el medio ambiente, profundamente afectado por los desafueros y desaciertos de una concepción de "desarrollo" desde los poderes que lo conciben y lo perpetúan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleury S. Estados sin ciudadanos, Seguridad Social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial;1997.
2. Márquez M, Rojas F, López C. La salud en Cuba: Un pueblo rompe el Cerco del Imperio. Informe Alternativo sobre Salud en América Latina. Ecuador: CEAS;2005.
3. Naciones Unidas. Objetivos del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: ONU;2005.
4. Iriarte C, Waitzkin H, Breilh J. Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panamericana Salud Pública. 2002;12(2).
5. OPS-Alames. Serie Desarrollo de Recursos Humanos # 92 Debates En Medicina Social. Washington,D:C.: OPS;1991.
6. Sáenz O. El proceso Salud-Enfermedad. Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina. Bogotá: Editorial Zeus Asesores;1992.

7. Quevedo E. El proceso Salud-Enfermedad. Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Sociedad y Salud. Bogotá: Editorial Zeus Asesores;1992.

8. Breve historia de Alames [serie en Internet]. Disponible en:
<http://www.geocites.com/alamesmx/historia.html>

9. García JC. La educación médica en América Latina. Publicación científica No. 255. Washington: OPS/OMS;1972.

10. Testa M. Planificación en Salud: las determinantes sociales. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas. Washington: OPS-Ciesu;1986.

11. Arango Y. Autocuidado desde un abordaje de Género y Desarrollo Humano en el contexto de la Salud Colectiva. Ponencia presentada a la V cohorte de la Maestría de la Salud Colectiva. Departamento de Postgrados. Medellín: Universidad de Antioquia;2004.

12. Gómez E. Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación científica 541. OPS/OMS. Washington,D:C.:OPS/OMS;1993.

Recibido: 24 de julio de 2007.

Aprobado: 4 de septiembre de 2007.

Yolanda Arango Panesso. Carrera 35A No. 3-85. Barrio San Fernando Viejo. Cali, Colombia.