

MEDICINA PARA LA LIBERACIÓN¹

Carlos Francisco Bauer

ÍNDICE

Planteo Inicial 2

Inicio histórico del pluspeso latinoamericano 4

Sepúlveda o el comienzo de la estructura colonial 4

Medicina y colonialidad 6

El médico hegemónico en el censo de la colonialidad 6

El miedo a la consulta 7

El colonizado, el médico europeo y el médico autóctono 9

El médico europeo es un oponente calificado multifacético 10

Prácticas médicas post-crisis 11

Medicina y revolución 12

Antecesoros de la medicina social y de la medicina de la liberación 13

Medicina de la liberación 16

Palabras finales 20

Bibliografía 22

¹ Utilizaré dos sentidos básicos para referirme a la liberación como paradigma. Por un lado un aspecto teórico, ya que es preciso definir desde nosotros y vosotros los americanos críticos, los marcos de las ciencias que hacemos, y que estos no venga meramente impuestos desde países hegemónicos como sucede habitualmente; y por otro lado, un aspecto práctico, ya que las ciencias que realizamos, definidas desde nosotros y vosotros debe prestar su utilidad en la resolución de los problemas socioculturales tendientes a cortar la dependencia económico política que agravan cada problema interno que una cultura posee, cuando no los crea principalmente.

Planteo Inicial

Debemos empezar este tema con lo que consideramos es nuestro planteo medular. Antes realizaremos, a grandes rasgos, un recuento de la trayectoria de cuatro ideas que han sido guía en el pensamiento occidental y en el crítico al eurocentrismo-capitalismo-imperialismo. Las mencionaremos sólo a raíz de agregar una más que considero es de crucial importancia para la época en la que vivimos, ellas son, a saber: verdad, justicia, bondad y belleza. Esta última que abarca una estética, por ejemplo, se encuentra siendo trabajada en la actualidad por el filósofo Enrique Dussel desde una perspectiva crítica al eurocentrismo. Estas cuatro ideas principales, quiero relacionarlas, desde un paradigma liberador crítico-mundial, a una quinta idea directriz liberadora que mencionaré en lo sucesivo.

Al respecto recuerdo un hecho acontecido en el marco de la entrega del reconocimiento *Honoris causa*, en la Universidad Nacional de Córdoba (2010), al teólogo de la liberación Leonardo Boff. En la exposición que llevara a cabo L. Boff se refería a la Tierra como verdadera, justa y buena. Desde el auditorio, y de repente, interpelaba uno de los representantes de las comunidades aborígenes de Bolivia y opositor al actual gobierno de Evo Morales, Felipe Quispe, que se encontraba en la Universidad a raíz del Primer Congreso de los Pueblos por el Medio Ambiente. Dicho representante sube al escenario y pretende corregir a L. Boff diciéndole que además de ser, la tierra, verdadera, justa y buena también es bella. Y el teólogo muy resuelto, debido a su oficio, le responde, que está de acuerdo debido a que la belleza es el cuarto trascendental del ser.

Estos conceptos están presentes regulando el pensamiento crítico, pero claro, son diferentes a los del *establishment* filosófico-político dominador, es decir, así como el *ego* cartesiano ya no es el *logos* de Heráclito, el *ser* de Aristóteles ni el Dios del medioevo, los *otros* (*alter*) de Dussel, por ejemplo, no son el *ego* de Descartes, el *ego* trascendental husserliano ni el Otro levinaciano². Luego, en el mejor de los casos, hay un proceso de despegue y separación que está presente en todos y cada uno de los filósofos. Lo elaborado por Dussel, no ajeno a esta iniciativa, es otro proyecto de este intento crítico y liberador de nuestra y vuestra América.

Luego de estas palabras iniciales puedo introducir la siguiente reflexión por medio de lo que considero una quinta idea directriz o “trascendental”: la salud y lo saludable³. Es fundamental para nuestro pensamiento crítico plantear esta dimensión concreta y trascendental de la cultura y del planeta. No porque esto no se haya hecho ni se esté realizando en las “ciencias de la salud” sino porque desde estos ámbitos específicos no se lo ha incorporado, hasta ahora, bajo este concepto de quinta directriz a la vez que integrado desde su especificidad a un planteo macro. La filosofía, intencional y políticamente relegada y marginada, no ha incorporado debidamente este ámbito, con el que se relaciona desde sus orígenes, al *corpus* de sus formulaciones actuales. La

² Véase “Crítica a la modernidad como totalidad subjetiva desde la metafísica de la alteridad” y “Levinas o el otro para una exterioridad”, pp. 46 a 55, trabajado en Bauer, Carlos: *La analéctica de Enrique Dussel: un método para la construcción de una utopía factible o institución futura para el tercer milenio*. UNC, Córdoba, 2008.

³ A su vez podemos distinguir estos términos de la siguiente manera, la salud puede relacionarse con lo que imaginamos como *utopía*, como camino verdadero, justo, bueno, bello, a la vez que se lo actualiza ya que lo vamos imaginando en el tiempo y en el espacio con avances y retrocesos, mientras que lo saludable es la *eutopía* que podemos hacer concretamente, que podemos construir efectivamente, es decir, es el buen lugar que podemos factibilizar desde una buena vida (*eubios*). De esta manera lo saludable es la forma de caminar hacia el/los proyectos, así son los diversos caminantes conjugando voluntades en *pro* de una sociedad justa, simétrica y saludable.

filosofía siendo también una ciencia y arte de la salud puede realizar sus aportes específicos desde una filosofía para la salud⁴. De esta manera ganamos en una visualización integrada y relacionada de manera orgánica, viva. **La salud del ser vivo, del planeta y del mundo periférico pasa a ser hoy un problema central-global**. No olvidemos que desde Egipto a Platón la tierra, el mundo ha sido considerado un ser vivo.

Hoy el desequilibrio ecológico es un problema en-globalizado, decíamos en nuestro trabajo (Bauer, 2008: 55), es decir globalizado-en el eurocentrismo-capitalismo-imperio-imperialismo como estructura que lleva 520 años de construcción “desplazadora” de la vida y la naturaleza. A raíz del *tsunami* acontecido en Japón 2011 que a su vez desencadenara la destrucción de su estructura nuclear, es también otra alerta que rompe toda simplificación binaria de análisis crítico debido a que el condicionamiento de la vida por parte de la arquitectónica eurocentrista hoy abarca las condiciones de la salud de la vida humana, animal, vegetal y mineral. Donde quiera que se encuentre va tras la **Vida** como si fuera una presa. Desde el punto de vista de la salud esta clasificación para otra cultura puede ser inversa siendo lo mineral lo más importante ya que todo lo demás depende de ello. Es el caso de la tierra, roca o piedra en la concepción de muchas culturas americanas. Pero esto no lo desarrollaremos aquí.

Desde el binomio médico-enfermo del modelo médico hegemónico también podemos reinterpretar la historia del sistema-mundo y el binomio civilización y barbarie. Esto es, del lado del sistema tenemos al “centro”, al “ser”, a “Dios”, al *EGO*, lo civilizado, la luz, el señor, la mente y el **médico**; y del lado del mundo tenemos a la periferia, a los otros, los supersticiosos, a *alter*, lo incivilizado (o lo que es peor aun “lo ha civilizar”), la oscuridad, el esclavo, el cuerpo y el **enfermo** etc. Integro este par de términos de manera explícita en la macro-visión de las ciencias sociales críticas no eurocéntricas y de una filosofía de la liberación para una filosofía liberada.

Con esta exposición no pretendo simplificar el problema realizando un abordaje bajo una mera razón binaria como ligeramente se puede señalar. Tampoco intento realizar un planteo que no sea criticable, al contrario, dicha crítica no restaría sino que sumaría si fuera constructiva. A los fines de la exposición y en el marco de este escrito expongo el tema de esta manera, pero lejos está de mi intención dejar establecido solo dos polos de realidad incuestionables. Si hablamos de centro como de periferia estamos

⁴ Anoto algunos puntos a tener en cuenta de la contribución de la filosofía a las demás ciencias y a una filosofía para la salud: 1) aporta sus aparatos epistemológicos y sus procesos de transformación en base a lo cual las demás ciencias se han erigido, 2) ha asistido a las demás ciencias, desde que las vio nacer de su seno hasta la actualidad y desde los ámbitos comunes que ha fundado en las diversas disciplinas, y que maneja con precisión, puede aportar una visión interrelacionada brindando una integración espiritual orgánica como ámbito específico intra e interrelacionado. Este ámbito ha sido relegado y es necesario recuperarlo para una visión humana más integral, 3) es soporte particular, subjetivo y **de cabecera** de historiadores, antropólogos, psicólogos, economistas, abogados, médicos etc. ¿Que le falta actualmente a la filosofía para constituirse en una filosofía de la salud? Que los filósofos conjuntamente con actores sociales y políticos construyan instrumentales específicos transdisciplinarios de operación y que se creen las reparticiones concretas de vinculación con lo social más allá del aula y la investigación. ¿Por qué desaprovechar un caudal de conocimiento de vinculaciones de este tipo tejidos a lo largo de la historia? ¿Por qué desaprovechar la disciplina de mayor tradición? ¿Por qué relegar esta disciplina que se ha cultivado ininterrumpidamente bajo todo tipo de circunstancia durante miles de años? ¿Por qué despreciar esos aportes que han aparecido en momentos difíciles de la humanidad? Basta recordar el segmento de ese Siglo VII al V a.C. en las diversa culturas. ¿Por qué marginarla del escenario social cuando ha gestado sociedades y revoluciones de todo tipo? ¿Por qué excluirla de esta manera cuando su sólo término (siempre reformulable a la adecuación de los tiempos) es un proyecto alternativo de vida para todo tiempo de crisis que pueda vivirse? Esperemos que las culturas, las sociedades, las naciones, los hombres y las mujeres puedan retribuirle lo que ella ha brindado durante estos últimos miles de años. Es hacerla más saludable. Sería un signo de Salud.

señalando una diversidad a sus interiores inabarcables para un solo esfuerzo y que a su vez se tejen, entretujan y destejen intrincadamente unos a otros. Son metáforas útiles que vienen realizando aportes desde el inicio del pensamiento crítico latinoamericano y de la liberación. Por ahora y a los fines del trabajo las empleo porque me permiten señalar de manera pedagógica lo que pretendo mostrar en este texto no convencional.

Inicio histórico del pluspeso latinoamericano

Hemos asentado algunos conceptos en nuestro escrito anterior (Bauer, 2008) que nos ayudan a significar lo que estamos sosteniendo. En la periferia no solo debemos resistir el peso de la presión atmosférica, como también el desgaste de la propia vida, sino que además debemos llevar a costas el peso de una estructura eurocéntrica como proceso de larga, media y corta duración instalado en la cotidianidad de cada ámbito social-nacional dependiente-dominado con formas socio-política y económico jurídico determinadas y desfavorables. Una variante de ello son los tratados desiguales de todo tipo que se firman. Por ejemplo, en la Argentina post-dictadura se ven reflejado en toda la etapa de las relaciones carnales con EE.UU aun vigentes. La ley de minería aprobada bajo gobierno menemista y aun con vigencia le hacen perder la soberanía, el derecho de explotación sobre el propio subsuelo al Estado argentino.

Esto es lo que denominamos pluspeso para la periferia. La parte sur de Europa conoce este pluspeso desde su posición marginal antes de surgido el sistema-mundo. No así desde las denominadas 1º y 2º guerra mundial ya que allí el fenómeno crítico es de diferente índole, se disputaban los nuevos repartos del mundo dimensión que la periferia desde 1492 en adelante no conoce. Latinoamérica no conoce el peso de repartirse globalmente el mundo. Europa no conoce el peso de su arquitectónica instalada en la periferia. Latinoamérica, al contrario de Europa, ha sido siempre territorio de reparto. Este pluspeso es muy característico de las zonas periféricas y sobre todo de América y del sur de América visualizado por ejemplo en Huarpes-Cacanos quienes padecen la conquista incaico-calchaquí durante los Siglos XV-XVI y la conquista lusitano española durante el Siglo XVII.

El plus-peso también lo podemos observar en las estadísticas. El informe del desarrollo humano de 1992 de las Naciones Unidas, en plena época neoliberal, expresaba con claridad que el 20% más rico de la humanidad consume el 82% de los bienes de la tierra (*world incomes*), mientras que el 60% más pobre solo el 5,6% de estos bienes. Los más ricos se encuentran en el centro del centro y en los centros de las periferias, sino ellos en personas o sus fábricas seguro el lugar de conversión económica.

Sepúlveda o el comienzo de la estructura colonial

Quien llevó a cabo una bipartición arquitectónica desde el inicio de la conquista y colonización, como realidad última y no en sentido metafórico, como expresamos más arriba, fué J. Ginessi Sepulvedae Cordubensis. El luterano Leopoldus Germanus en conversación le preguntaba a Sepúlveda:

¿Y quién nace con tan infeliz estrella que la naturaleza le condene á servidumbre? ¿Qué diferencia encuentras entre estar sometido por naturaleza al imperio de otro y ser siervo por naturaleza? ¿Crees tú que hablan de burlas los jurisconsultos (que atienden en muchas cosas á la ley natural), cuando enseñan

que todos los hombres desde el principio nacieron libres, y que la servidumbre fué introducida contra la naturaleza y por mero derecho de gentes?⁵.

Demócrates le responde y Leopoldus se presta a escuchar:

Yo creo que los jurisconsultos hablan con seriedad y con mucha prudencia; sólo que ese nombre de servidumbre significa para los jurisperitos muy distinta cosa que para los filósofos: para los primeros, la servidumbre es una cosa adventicia y nacida de fuerza mayor y del derecho de gentes, y á veces del derecho civil, al paso que los filósofos llaman servidumbre á la torpeza de entendimiento y á las costumbres inhumanas y bárbaras. Por otra parte, debes recordar que el dominio y potestad no es de un sólo género sino de muchos, porque de un modo, y con una especie de derecho, manda el padre á sus hijos, de otro el marido á su mujer, de otro el señor a sus siervos, de otro el magistrado á los ciudadanos, de otro el rey á los pueblos y á los mortales que están sujetos á su imperio, y siendo todas estas potestades tan diversas, todas ellas, sin embargo, cuando se fundan en recta razón, tienen su base en el derecho natural, que aunque parezca vario, se reduce, como enseñan los sabios á un solo principio, es a saber: que lo perfecto debe imperar y dominar sobre lo imperfecto, lo excelente sobre su contrario. Y es esto tan natural, que en todas las cosas que constan de otras muchas, ya continuas, ya divididas, vemos que hay una que tiene el imperio, según los filósofos.

Y así vemos que en las cosas inanimadas la forma, como más perfecta, preside y domina, y la materia obedece á su imperio; y esto todavía es más claro y manifiesto en los animales, donde el alma tiene el dominio, y es como la señora, y el cuerpo está sometido, y es como el siervo. Y del mismo modo, en el alma, la parte racional es la que impera y preside, y la parte irracional la que obedece y le está sometida; y todo esto por decreto y ley divina y natural que manda que lo más perfecto y poderoso domine sobre lo más imperfecto y desigual. Esto se ha de entender respecto de aquellas cosas que conservan incorrupta su naturaleza, y respecto de **los hombres sanos de alma y de cuerpo**⁶, porque en los viciosos y depravados es cierto que muchas veces domina el cuerpo al alma y el apetito á la razón, pero esto es cosa mala y contra naturaleza. Y así, en **un solo hombre se puede ver el imperio heril que el alma ejerce sobre el cuerpo**, la potestad civil y regia que el entendimiento ó la razón ejercen sobre el apetito, por donde se ve claramente que lo natural y justo es que el alma domine al cuerpo, que la razón presida al apetito, al paso que la igualdad entre los dos ó el dominio de la parte inferior no puede menos de ser perniciosa para todos. A esta ley están sometidos el hombre y los demás animales. Por eso las fieras se amansan y se sujetan al imperio **del hombre**. Por eso el varón impera sobre la mujer, el hombre adulto sobre el niño, el padre sobre sus hijos, es decir los más poderosos y más perfectos sobre los más débiles ó imperfectos. Esto mismo se verifica entre unos y otros hombres; habiendo unos que por naturaleza son señores, otros que por naturaleza son siervos. Los que exceden a los demás en prudencia é ingenio, aunque no en fuerzas corporales, estos son, por naturaleza, los señores; por el contrario, los tardíos y perezosos de entendimiento, aunque tengan fuerzas corporales para cumplir todas las obligaciones necesarias, son por naturaleza siervos, y es justo y ágil que lo sean, y aun lo vemos sancionado en la misma ley divina. Porque

⁵ Sepulvedae Cordubensis, J. Genessi: *Democrates alter, sive de justis belli causis apud Indos = Demócrates segundo o de las justas causas de la guerra contra los indios*. Prólogo, traducción y edición de M. Menéndez y Pelayo, <http://www.cervantesvirtual.com>, párrafo 289-290-291.

⁶ Los subrayados son míos.

escrito está en el libro de los Proverbios: el que es necio servirá al sabio. Tales son las gentes bárbaras é inhumanas, ajenas á la vida civil y á las costumbres pacíficas. Y será siempre justo y conforme al derecho natural que tales gentes se sometan al imperio de príncipes y naciones más cultas y humanas, para que merced á sus **virtudes** y á la prudencia de sus leyes, depongan la barbarie y se reduzcan á vida más humana y al culto de la virtud. Y si rechazan al imperio se les puede imponer por medio de las armas, y tal **guerra** será **justa** según el derecho natural lo declara. Parece que la guerra nace en cierto modo de la naturaleza, puesto que una parte de ella es el arte de la caza, del cual conviene usar no solamente contra las bestias, sino también contra aquellos hombres que, habiendo nacido para obedecer, rehusan la servidumbre: tal guerra es justa por naturaleza (...) Porque el padre que corrige a un hijo suyo, aunque lo haga ásperamente, no por eso pierde el amor paternal. Hágase lo que debe hacerse **aunque á él le duela, porque ese dolor es lo único que puede sanarle**. En suma: es justo, conveniente y conforme á la ley natural que los varones probos, inteligentes, virtuosos y humanos dominen sobre todos lo que no tienen esas cualidades (...) Y siendo esto así, bien puedes **comprender** ¡oh Leopoldo! si es que conoces las **costumbres** de unas y otra gente, que con perfecto derecho los españoles imperan sobre estos bárbaros del Nuevo Mundo é islas adyacentes, los cuales en prudencia, ingenio, virtud y humanidad son tan inferiores á los españoles como los niños á los adultos y las mujeres á los varones, habiendo entre ellos tanta diferencia como la que va de gentes **fieras**⁷ y **cruels**⁸ á gentes clementísimas, de los prodigiosamente intemperantes á los continentes templados, y estoy por decir que de monos á hombres⁹.

Es importante notar en este *Mundus Sepulvedae* (más que una larga cita) que Sepúlveda ha subsumido de una manera relacionada y pedagógica todo tipo de conocimiento de su tradición, el teológico, el filosófico, el jurídico, el pedagógico, lo erótico, la política, la moral, lo económico, lo matemático, el **médico** etc. bajo el horizonte de una razón dominadora, instrumental y eficiente para sus fines coloniales. El imperio posee sus teleólogos, sus sabios, sus expertos, sus políticos, sus médicos etc. De allí la necesidad imperiosa de liberar cada disciplina de esta aculturación arquitectónica como se ha venido haciendo hasta ahora.

Medicina y colonialidad

El médico hegemónico en el censo de la colonialidad

Mientras que en Estado Unidos el mercado editorial vivió, por los años sesenta, el denominado *boom* de las cuatro magníficas M, estas son: Marx, Mao, Marcuse, McLuhan, en el África por aquella época, y para su pluspeso, se luchaba contra cinco maléficas M, ellas son: el militar, el mercader, el misionero, el médico y los medios¹⁰.

⁷ De aquí se puede elaborar una contra-estética.

⁸ Desde allí otra criminología de la liberación al estilo Lola Aniyar 1987.

⁹ *Ibid* parágrafo 291-92-93-94-95-305. Véase como bibliografía complementaria Tzvetan, Todorov: *La conquista de América. El problema del otro*. “3. Amar”, Siglo XXI Editores, Madrid, 1982, y para un cuadro esquemático de lo expuesto por Sepúlveda las pp. 164-165 en *ibid*.

¹⁰ Lo he abordado en el escrito “Un caso práctico de voz *ética*: Franz Fanon y la Sociología de la Liberación”, en Bauer, Carlos: *Anápolis*, inédito, en donde se estudia la actitud del pueblo argelino frente a una técnica imprescindible y precisa como es la radio en aquel contexto, desde donde se negaban las intenciones de liberación colonial en su conjunto. Fanon sostenía con claridad: “como técnica

Así como, en América, Martín Baró pensó un concepto de salud mental enmarcado en un contexto socio-histórico, en Argelia fue F. Fanon de Martinica, médico-psiquiatra-sociólogo-filósofo desde 1951, quien comenzó a ejercer bajo la supervisión del médico catalán François de Tosquelles de quien tomó la idea de cultura en la psico-patología. En *Los condenados de la tierra* se encarga de mostrar que no existe la naturaleza criminal ni enfermiza del africano, sino que los elementos emergentes de violencia son manifestaciones de reacción a un contexto de dominación. Es en este sentido que Fanon sostiene que el “negro” es un invento del blanco.

La ciencia médica eurocéntrica había penetrado en Argelia al mismo tiempo que el racismo y la degradación humana. Era un subsistema parte del sistema opresivo denominado sistema-mundo. Producía una reacción ambivalente debido a que por un lado era negada por el nativo como elemento invasor y extraño y por otro lado no tenían otra opción por elección o imposición. Esta dimensión de la medicina constituye uno de los rasgos más trágicos de la situación colonial argelina. El colonizado ve como cuerpo organizado al médico, al ingeniero, al maestro, al policía y al guardia rural. Existen las visitas obligatorias del médico al pueblo (*douar*) en el que la gente casi siempre es reunida por las autoridades policíacas. El médico que aquí llega no es un médico de las comunidades aborígenes sino que pertenece a la sociedad dominante y comúnmente al ejército.

De esta manera opera el colonialismo, ya que luego de apoyarse en la conquista **militar** y en un sistema policíaco, pasa a justificar la razón de su existencia legitimando la ocupación a través de sus obras. Ante esta nueva verdad y razón el colonizado se siente prisionero y con el pluspeso de todo el sistema, dentro del cual, y como agua que es puesta dentro de un vaso, la verdad de la acción médica, por ejemplo en Argelia, es la verdad de la presencia francesa en Argelia bajo la máscara colonial. Ante este modelo de sistema hospitalario hegemónico el colonizado teme principalmente por que se le envíe a morir. Pero la actitud es clara y no como la manifiesta el colonizador, ya que el colonizado no se niega a enviar a los enfermos al hospital, sino a enviarlos al hospital eurocéntrico (blanco-extranjero-conquistador).

Estamos ante lo más profundo de un drama (inicio del pluspeso) como es el del inicial “encuentro” con la situación colonial. El colonizado acostumbrado a sus prácticas médicas tradicionales, a sus brujos y curanderos, ve al médico francés como un laberinto y lo que es peor, como vimos anteriormente, su negativa no surge por su apego tradicional sino por que se lo envía a morir al hospital que mantiene dicho control. El médico dominador no ha ejercido ningún tipo de pedagogía introductoria a su mundo, solo le enfrenta al colonizado su técnica en el que éste se ve obligado a transitar sin saber a donde puede llegar aunque de todo procedimiento sospeche.

El miedo a la consulta

No perdamos de vista el esquema de complejidad que venimos exponiendo. El miedo a la consulta es *quasi* natural, pero no olvidemos que estamos **aquí**, en el drama profundo de una inicial situación colonial por lo que dicho miedo se potencia a un

instrumental en sentido estricto, el aparato de radio desarrolla los poderes sensoriales, intelectuales y musculares del hombre en una sociedad determinada” (*Ibid* p. 53). En este cuadrilátero se enfrentaba, de manera desigual, Radio Argel, Montecarlo, Paris, Andorra contra La Voz de Argelia Combatiente, casi inaudible, pero lo cierto es que esos sonidos eran la única referencia de que la lucha, por este medio, estaba en pie y así, aun bajo estas infracondiciones, cumplía la función de instrumento liberador, descolonizador, no racista etc.

extremo prácticamente incomunicable con sencillez producto del pluspeso. Cuando el colonizado consulta al médico esta rígido, responde con monosílabos, es poco explicativo y figurativo para expresar sus síntomas. De ninguna manera el médico le agradecería la colaboración prestada para su revisión. Este miedo es mucho más complejo que el simple temor inhibitorio que siente el enfermo común ante la presencia del médico.

Es el médico quién ahora empieza a impacientarse, ya que los mecanismos de ganarse al enfermo, de saberse lograr un contacto con él, de aflojar las tensiones y facilitar la relación no dan resultados, por lo que el médico opta por circunscribirse al examen clínico creyendo que el cuerpo será más comunicativo. Es el hombre desnudo que se enfrenta a un técnico, a un colonizador y a una situación colonial. El médico luego de todo este trayecto logra prescribir algo en base a lo que pudo deducir, pero lo prescrito muchas veces no es seguido.

La dialéctica dominadora sensibilizador-sensibilizado (en el anti cara-a-cara) establece un abismo inconmensurable, que los médicos por letra y prescripción de los antropólogos y sociólogos conceptualizan como una actitud fatalista en el aborigen. Interesante sería observarlo con una imagen sencilla y común por estos días, cuando una persona atropella a otra y el otro se encuentra agonizante en el pavimento es muy difícil que pueda expresar lo que le sucede. Quienes hemos tenido que asistir en algún momento a alguien en esta condición, experimentamos dos actitudes básicas¹¹, por un lado la posibilidad de estar ahí, y por otro el intento de compenetrarse con lo que está vivo del organismo para aplicar lo mejor que dicho organismo necesita en ese momento y que nosotros podemos llegar a advertir y dar, es un cara-a-cara desnudo, intenso, feliz, o trágico. Luego una tercera actitud que siempre es *a posteriori* es la de la ciencia médica propiamente, ya que al contacto humano le debe aplicar espiritual y éticamente toda la ciencia de la que dispone a los fines de salvar la vida.

Si el médico arranca mecánicamente con la tercera actitud ha escindido las partes calientes de la medicina, como son las propias cualidades humanas, de la parte fría y meramente instrumental-procedimental. El médico puede superar la dimensión de la auto-conciencia a través de la autocrítica. La autocrítica no es lo mismo que la autoconciencia hegeliana. Esta autoconciencia es una totalidad totalizada y allí el *Ego* (el Yo) y en este caso el médico es el patrón de estancia al cual todos los demás deben obedecer, definiéndose, de esta manera y claramente para nosotros, el modelo médico hegemónico, de corte positivista, cientificista, instrumentalista, medicalista, dialéctico dominador etc. Mientras que la autocrítica es una dinámica que pretende permanecer abierta, dialéctica-analéctica liberadora, no eternizada ni divinizada y que construye con el otro una situación, aunque más compleja e inestable, mas común y humana. Una vez que el médico ha escindido estos campos básicos se queda como es claro con el proceso de autoconciencia, pero cuando es autocrítico se transforma en un potente canal comunitario liberador.

El médico hegemónico le teme a la dimensión de la autocrítica como el colonizado al proceso autoconciente europeo, pareciera que ese temor en el médico es manifestación de no poderse sostener en última instancia con nada más que la autoconciencia justificada como misión civilizatoria. Mientras que el proceso de la autoconciencia en el aborigen se presenta como un abismo no solo de la imaginación sino de lo vivo propiamente, debido a que es destrucción del mundo en el que se podía llegar a vivir con salud o con unas variables de enfermedades conocidas que podían tener cura, en cambio ahora experimentará la ambivalencia de saber/no saber que le

¹¹ Son actitudes humanas que la enfermería humanitaria, comunitaria de la liberación conoce muy profundamente.

sucede, del dolor/no dolor pero total malestar al fin en una mezcla que hasta los dolores se confunden indefiniblemente.

Para el colonizado la consulta es una fuerte barrera a vencer. Si logra escapar al médico y conservar la integridad de su cuerpo piensa que ha salido vencedor de una batalla frente al enemigo.

(...) existe el hecho de que el colonizado, igual que todos los hombres de los países subdesarrollados y que los desheredados de todas las regiones del mundo, percibe la vida no como florecimiento o desarrollo de una fecundidad esencial, sino como una lucha permanente contra una muerte atmosférica. Esa muerte *próxima* se materializa en el hambre endémica, la desocupación, las epidemias, el complejo de inferioridad y la ausencia de futuro. Esas amenazas activas y esos obstáculos a la existencia del colonizado confieren a su vida una sensación de muerte incompleta¹².

El colonizado, el médico europeo y el médico autóctono

Más allá del consultorio y del hospital, el colonizador continúa imponiendo a los colonizados lazos de dependencia económica, técnica y administrativa. Al interior como al exterior del consultorio prosigue el proceso de transformación (*Veränderung*) de todos los rasgos de la población autóctona. La cultura europea revaloriza (impone sus valores) con una violencia inusitada acorralando al colonizado, poniéndolo en una actitud defensiva o arrojándolo a la clandestinidad psicológica, física o a ambas. La propia cultura del colonizado se le presenta como extraña porque ya no aparece el calor-calidez de su contención o de su amparo, ni la fortaleza de su defensa. La impresión colonial a desnaturalizado la relación que el colonizado posee con su propia cultura, ya clandestina, exterior, extraña. La propia cultura se vuelve opaca y el mundo colonial se torna claro, o se acatan las nuevas normas o se queda fuera, este es al parecer el nuevo mensaje.

De esta manera “el médico aparece como un eslabón de la cadena colonialista, como un **vocero** de la potencia ocupante”¹³. Por otro lado tenemos la figura del médico autóctono que ya no es el curandero o el brujo. Este ha entrado en la ruta de los medicamentos racionales y racionalizadores y se ha convertido en un médico europeizado, occidentalizado y eurocéntrico. Así el médico se asimila al ingeniero, al abogado, al *caid*¹⁴, al notario. El médico autóctono posiciona una estructura de actitud negativa frente a las prácticas tradicionales de medicina de su pueblo.

Llegados a este punto se complejiza la cuestión de manera inédita. Se experimenta una fuerte ambivalencia del colonizado frente al médico autóctono y de este frente a ciertas prácticas de su cultura lo que crea un tercer “sujeto intangible” entre ambos constituido de problemas que mediará de manera absoluta la relación entre el médico y el enfermo. La relación esta absolutamente bloqueada por paradojas valorativas, cuando en general se valora desde una afirmación cultural más lo propio que lo ajeno ahora será el médico autóctono quién declara la superioridad de la técnica europea y el enfermo argelino quién niega intensamente a su médico dirigiéndose a los colonizadores que son en realidad “los verdaderos propietarios de la técnica”. De ahí en más se despliega un diálogo que podemos decir similar al de un ciego con un sordo

¹² Fanon, F.: *Sociología de la Liberación*. Ediciones Testimonios, Buenos Aires, 1970, p. 103-104.

¹³ *Ibid* p. 107. Un vocero de la voz moral burguesa frente a la voz-*ética* del otro.

¹⁴ Palabra árabe que significa líder, guía, caudillo, y era el gobernador o juez de los territorios del norte de África.

mudo, desarrollándose un imaginario infinito en donde ambos se recriminarán no entender las “mejores razones”. Lo cierto es que aunque no lo sienten y no lo advierten, están ontológica o seriamente incomunicados.

Desde el punto de vista clientelar los médicos europeos reciben tanto a enfermos argelinos como a europeos, mientras que los médicos argelinos solo a enfermos argelinos. El colonizado y el médico autóctono, que es parte del colonizado, se encuentran escindidos entre el doble poder de la imposición cultural y la influencia de la especificidad quirúrgica de cada subsistema, que en este caso es el consultorio, el hospital hegemónico.

El médico europeo es un oponente calificado multifacético

El médico europeo ha asumido su actitud cultural-eurocéntrica frente a la lucha del pueblo argelino. Detrás del médico que cura las heridas de la humanidad hay un miembro de la sociedad dominante que se favorece en Argelia con altos beneficios. No es casualidad, y aquí se suma otro elemento de gran importancia, que en los centros de colonización el médico es frecuentemente un terrateniente. Este es un privilegio que goza incluso por sobre sus pares de la metrópoli. Puede que el médico haya heredado y adquirido personalmente la tierra, pero lo seguro es que el médico también es un colono. Aquí la excepción es encontrar uno que no se dedique al trabajo agrícola o a su explotación.

Late bajo la piel del sujeto europeo el industrial, el empresario y el aventurero. Esto significa que desde el inicio cada uno ejercerá papeles múltiples y esto implica que en la mayor cantidad de los casos no es justamente su figura pública la instancia a través de la cual se lo conoce. Ni tampoco por la actividad que desempeñan en Europa. Lo cierto es que si bien la sociedad colonial argelina es una sociedad dinámica la misma en su estructura organizacional es precaria, modificando a su vez el desenvolvimiento de los sujetos hegemónicos que, en este caso, se ven impelidos a multiplicar y extender sus negocios. Y podemos observar que en ello consiste dicha lógica y a ello son alentados. Cada colono sin importar su rama de actividad manipula de manera particular las relaciones del lugar que habita. Es una especie de *alfa y omega* territorial.

Dijimos mas arriba que la estructura colonial es precaria y ello implica que las demarcaciones entre obreros, artesanos, funcionarios y profesiones liberales no están definidas claramente. Así como el médico posee viñedos, también es propietario de molinos, bodegas, huertas, arrozales etc., son muchas las **variables** que definen a este tipo de sujeto y no solo su profesión. Es más, dicho oficio suele ser, en muchas cuestiones, lo que hoy llamamos un *jove* o un símbolo de *status*. El caso del abogado en esto es muy similar con el agravante del manejo *quasi*-perfecto de las leyes que ha de hacer cumplir y transgredir al mismo tiempo. La moral profesional del médico está estructurada de acuerdo al contexto que él ha modificado. Al no depender ni siquiera económicamente del enfermo toda actitud de desapego se incrementa. El orgullo, la soberbia colonialista y el desprecio al cliente se ven reflejados en la divisa: “no necesito al cliente para vivir”.

En Argelia los médicos como los profesores de la Facultad encabezan los movimientos colonialistas. Por ello, en el caso de Argelia, no podemos solo definir la profesión médica como eurocentrista dentro de un modelo médico hegemónico. Dicho modelo hegemónico hace salir del claustro al profesional a desempeñar múltiples funciones como hemos podido observar. De acuerdo a la situación social su decisión de voluntad colonial se profundiza. Si la circunstancia es de crisis de normalidad o

insurgencia es habitual que se transforme en jefe de milicias u organizador de *raids* contra-terrorista. Es un anti-anticolonialista. Empuñando el revolver y los instrumentos de tortura aparece ahora la figura del pionero intelectual *cowboy*.

Prácticas médicas post-crisis

Nos estamos refiriendo a las crisis sociales argelinas luego de que son controlados los movimientos de insurgencia. A los farmacéuticos se les ordenó el control farmacológico sobre la penicilina, la estreptomicina, el alcohol, el algodón esterilizado, el suero antitetánico y los antibióticos en general. La venta está *quasi*-prohibida y más aun sin la debida prescripción médica. Y de realizarse alguna venta deben anotar la identidad del comprador y la dirección del enfermo.

El médico vuelve a afirmar su identidad a la sociedad dominante desde esta prescripción a su participación en el comienzo del proceso judicial de los argelinos que han conservado la vida después de los interrogatorios policíacos ya que ocurre con frecuencia que la defensa solicite un examen médico legal. Como puede suponerse los exámenes no remiten jamás a que el acusado haya sido torturado. En 1955 algunos peritos argelinos fueron llamados pero esta práctica fue dejada de lado casi instantáneamente. Luego están los certificados de muerte natural sobre un argelino que fue muerto por tortura o ejecutado. También son negativos los resultados de la autopsia que la defensa puede llegar a conseguir.

Otras de las prácticas del accionar médico son el atinente al “suero de la verdad”, muy conocido, por cierto, como una sustancia química hipnótica que se inyecta introyenosamente provocando lentamente una pérdida del control y un adormecimiento de la conciencia. Aunque la sustancia fue prohibida en la práctica judicial como en la psiquiátrica como técnica de exploración del inconsciente, en Argelia se lo empleó generalizadamente. Produce secuelas importantes ya sea en trastornos de la personalidad como en la no distinción de verdad-mentira. En general la mayoría de los argelinos poseían información sobre la revolución. Meses después de la tortura el prisionero vacila su nombre, su ciudad de origen, toda pregunta, por simple que sea, es vivida bajo esta unidad traumática verdugo-torturado. El otro paso importante es que durante la sesión el argelino no muera, y para ello se le suministran tónicos cardíacos y vitaminas en grandes cantidades. Este procedimiento puede repetirse una decena de veces entre el médico y los torturadores.

Luego cuando el prisionero está en la fase de vuelta a la conciencia se le aplica el electro-*shock* en el que persiste la confusión de personalidad, la deposición de las resistencias y defensas de la persona. Aunque queda el cuerpo del sujeto, su personalidad es destruida. Su recomposición bajo estas circunstancias es mucho más compleja y difícil. El médico que es muerto en las revueltas es a la vez un criminal de guerra muerto. En la situación colonial hay especificidades ya que puede suceder que el médico sea el más encarnizado de los colonos. Él asumiendo su decisión colonial ha optado por medio de su comportamiento darle un adiós al juramento hipocrático y así excluirse del cerco y círculo protector que tejen alrededor de su persona los principios y valores de la profesión médica. Igualmente este perímetro dominador, aunque clarificado, no es muy sencillo de romper por parte del colonizado. La calidad de médico desaparece aunque por disposición, en guerras de este tipo el cuerpo médico debe apartarse cómplicemente.

Medicina y revolución

El mundo colonialista constituye un bloque monolítico hasta cuando el médico desobedece el artículo 30 del Código Deontológico ordenado en su cumplimiento por las autoridades máximas del Consejo de Orden de los médicos en Francia al Consejo de Orden de los médicos en Argel. El mundo del colonizado se fragmenta infinitamente desde adentro hacia fuera, desde afuera hacia adentro, desde lo social a la persona desde la persona a lo social. La ciencia puesta al servicio del argelino es una ficción, al contrario tapa, oblitera, oculta, tergiversa, coacciona.

Una vez que comienza a actuar el Frente de Liberación Nacional la población es inmediatamente abandonada, lo que provoca contradicciones al interior. El FLN se ve urgido de montar un sistema sanitario capaz de sustituir las visitas periódicas y la dependencia del médico. Pero bajo este proceso se observa comúnmente un retorno o una vuelta, disolviéndose la unidad entre el médico colonialista del médico aborigen. Este último se vuelve a integrar al grupo. “Durmiendo en el suelo con los hombres y la mujeres de las *mechtas*”¹⁵, viviendo el drama del pueblo, el médico argelino se convierte en un fragmento de la carne argelina. Desaparecen las reticencias del período de la opresión absoluta. Ya no es “el” médico, sino “nuestro” médico, “nuestro técnico”¹⁶.

Ya no es la irresponsabilidad del pueblo que los puso en esta condición, sino que empiezan a aparecer todas las ausencias, y la presencia de focos tóxicos. Comienza la limpieza, la reorganización, las escuelas de enfermeros y enfermeras y el analfabeto aprende a poner inyecciones intravenosas. Las supersticiones comienzan a desvanecerse y reaparecen en escena unificada la brujería y la fe en los curanderos disminuidos por la acción de los intelectuales hegemónicos y hegemonzados. Se restituye la confianza en el *djinn*¹⁷. Esto no se lleva a cabo en un escenario ideal sino bajo bombardeos y enfermedades naturales producidas por el ambiente y facilitada por la condición colonial.

Estudiantes, enfermeros y médicos comienzan a reunirse entre sí y a la población que impela por vivir. Comienzan las luchas contra las aguas estancadas, contra las parasitosis intestinales, las oftalmías congénitas, se procura la provisión de la ausente aureomicina. Se abordan los problemas de higiene y profilaxis dentro de una atmósfera que se renueva con gran pasión. La población comienza a experimentar la pulsión de liberación, el deseo de curarse, de curar, de cuidar asimilando las enseñanzas de los ahora hermanos médicos o enfermeros. De esta manera se lleva a cabo una convivencia inédita y viable (antes utópica, o descalificadamente utópica) entre el curandero, la brujería, el médico, el enfermero, el *djinn* en donde el médico se encuentra con actitudes dóciles de parte de los afectados y de la familia de los afectados, como a la misma vez estos acatan con precisión las indicaciones, por ejemplo, de no dar de beber a una persona herida en el vientre ni dar de comer a un atacado de tifoidea, por ello la familia acepta la prohibición de su visita.

He querido a su vez indagar aquí desde un punto de vista micro-lógico (a lo Demócrito¹⁸) la dimensión de la decisión colonial en la especificidad del médico colono

¹⁵ Lugar, poblado, ciudad.

¹⁶ *Ibid* p. 117.

¹⁷ Como sucedió en Haití, aquí lo vemos actuar en su lugar de origen, el *vudú* se asemeja al *djinn* que es en plural *Djnoun* un espíritu que mora las casas y campos, interviniendo en la vida diaria desde el nacimiento, circuncisión, matrimonio, enfermedad y muerte. **En la visión de la enfermedad se lo interpreta como la acción de un mal *djinn***

¹⁸ Recordemos que Demócrito fue maestro de Hipócrates, y Platón de Galeno.

desde un punto de vista subjetivo, biográfico, disciplinar, minimalista. Y no solo remitido al análisis de las grandes estructuras. En este *vademécum* se ven reflejados los segmentos que puede desarrollar el médico en la empresa colonialista. La complejidad del caso es abrumadora no pretendo simplificarla ni tampoco agotarla sino haber expuesto las principales puertas y pasillos que se van estructurando en el caminar colonial del médico.

El pueblo reivindica y asegura de hoy en adelante una técnica libre de sus elementos extranjeros. La guerra de Liberación introduce la técnica médica y al técnico autóctono en la vida cotidiana de muchas regiones de Argelia. Algunas comunidades, acostumbradas a las visitas mensuales o semestrales de los médicos europeos, ven por fin instalarse definitivamente en sus pueblos a médicos argelinos. Se manifiesta la presencia simultánea de la Revolución y de la medicina (...) Un pueblo que toma su destino en sus manos asimila a una velocidad casi increíble las formas más modernas de la técnica¹⁹.

Antecedentes de la medicina social y de la medicina de la liberación

Con el anterior precedente histórico y revolucionario de la medicina social y de la liberación, que he analizado en el caso argelino, debemos pasar a situarnos local-continentalmente. Iniciadores y antecedentes de Ramón Carrillo²⁰ son los higienistas de fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX portadores del planteo de los **conjuntos sociales**. Dentro de este grupo se encuentra Emilio Coni quién nace en Corrientes-Argentina en 1855 y muere en Buenos Aires en 1928. De muy niño es llevado a Francia de donde era nativo su padre y en donde adquiere sus primeros aprendizajes. Luego estudia en el Colegio Nacional de Buenos Aires y en 1872 entra a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En 1878 se gradúa con la tesis *Lepra Anestésica*. Trabajó como periodista logrando estar vinculado con aproximadamente catorce medios de comunicación. Desarrolló los cimientos de la demografía en el país.

En su libro autobiográfico *Memorias de un médico higienista* publicado en 1918 (época de la reforma universitaria) por la Asociación Médica Argentina, comenta detalles de su vida, allí se definía así mismo: “en vez de médicos de enfermos, lo he sido de ciudades y pueblos” ampliando la acción de salud, por ejemplo, en la construcción de redes de agua y cloacas. **Puedo parafrasear lo dicho hasta aquí y sostener más ampliamente que desde lo ecológico-social hay que abrazar en salud a la persona, a las comunidades, al planeta.** Algunas instituciones que E. Coni aportó a poner de pie y en marcha o a encausar fueron el Patronato de la Infancia, la Liga Argentina contra la Tuberculosis, La Gota de Leche, la Oficina estadística Municipal, la Maternidad del Hospital San Roque (hoy Ramos Mejía) la primera del ámbito municipal, el primer Asilo Nocturno Municipal. Oficializó la Escuela de Enfermeras creada por Cecilia Grierson (Buenos Aires 1859-1934).

Por otro lado C. Grierson impulsada por la enfermedad de su mejor amiga Amelia Kenig, se decidió por un profundo cambio en su vida, ingresando a medicina. Con la esperanza de poder ayudarla se atreve a realizar dicha carrera en la que no se registraba ninguna mujer en el país hasta ese entonces, quién tras superar serios obstáculos, por su condición de mujer, logra graduarse en 1889 en la UBA. Antes de

¹⁹ *Ibid* pp. 117-119.

²⁰ Uno de los principales iniciadores de la medicina social que abordaremos en lo sucesivo.

recibirse funda en 1886 la Escuela de Enfermeras del Círculo Médico Argentino. Funda la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios, que como la Escuela de Enfermeras también funciona en el Hospital General de Agudos Ramos Mejía. Dos de sus libros son *Educación Técnica para la Mujer* y *La Educación del Ciego y el Cuidado del Enfermo*. En 1905 inicia el Instituto Argentino para Ciegos. En 1907 funda la Asociación de Obstetricia Argentina y el Liceo de Señoritas del que también fue su profesora. En 1906 realiza un exhaustivo estudio del Código Civil con el propósito de mejorar la condición de la mujer en el país tendiente, por ejemplo, a disponer de sus propias ganancias, formar parte de sociedades civiles y mercantiles etc. Recién verá algunos cambios hacia 1926 cuando se reforma dicho Código. Por este año funda una escuela técnica y de labores domésticos para mejorar la inserción económica de las mujeres lo que para esa época era transgresor.

En 1910 presidió el Congreso Argentino de Mujeres Universitarias que había sido fundada por Elvira Rawson de Dellepiane, y el Primer Congreso Feminista Internacional de la República Argentina donde se discutieron temas como el de la situación de las mujeres en la educación, la legislación, el abandono de los hijos, la necesidad del sufragio femenino etc. Fue sufragista y pionera en la lucha por los derechos de las mujeres a quienes alentó hacia este camino como sucedió con Armandina Poggetti quién influida por ella se convirtió en 1902 en la primer mujer en obtener el título de farmacéutica y en ejercer la profesión en la Argentina. C. Grierson vivió sus años de jubilación en Los Cocos (Córdoba) donde donó una Escuela.

Elvira Rawson de Dellepiane (Buenos Aires 1864-1954), es la segunda mujer en recibirse de médica. Durante la Revolución del Parque en 1890 (o Revolución del 90 que llevó a deponer al Presidente Miguel Juárez Celman y su reemplazo por el vicepresidente Carlos Pellegrini) estableció, junto a otros médicos, un hospital de campaña en el frente de batalla para atender a los heridos. Orientó su ejercicio de la medicina hacia las enfermedades femeninas. Fue profesora de higiene y puericultura. En 1919 fundó la Asociación Pro Derechos de la Mujer junto con Adelina Di Carlo, Emma Day y la poetisa **Alfonsina Storni** llegando a reunir a once mil afiliadas. Por el sufragio femenino unió fuerzas con Alicia Moreau de Justo que presidía la Unión Feminista Nacional como la otra gran organización feminista existente. Organizaron una votación paralela de mujeres que causó gran impacto.

En 1928 organiza el Tercer Congreso Internacional Femenino. Por otro lado el concepto de medicina social es empleado en América Latina por los años de 1960 en la que hay una figura central y poco conocida como es Juan Cesar García (nacido en Necochea 1932). Se gradúa como médico en La Plata y como Sociólogo en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Santiago de Chile. Fue nombrado asistente de investigación en la Universidad de Harvard y luego ingresa a la OPS en el Programa de Recursos Humanos en donde trabajará y registrará su mayor producción durante dieciocho años, hasta su joven muerte. Tempranamente comprendió que **sin las herramientas de las ciencias sociales**, en particular de la sociología y de la historia, no es posible comprender en toda su complejidad el proceso salud-enfermedad-atención médica. Pero aún no satisfecho profundizó sus conocimientos y sus enseñanzas con la **filosofía** y en especial con la **filosofía de la ciencia**.

Este punto para nosotros es de crucial importancia para remarcar la utilidad y una de las funciones sociales y liberadoras de la filosofía con una **vinculación milenaria-ancestral** con la salud, rescatándola de esta manera de la exclusión que ha sufrido y sufre actualmente de los ámbitos decisivos de los diferentes niveles de la sociedad, cuando en realidad hay que acudir a ella para llegar desde el comienzo al fin de la indagación de posibles planteos profundos a las cuestiones más determinantes. No

es posible que cuando más necesitamos de la filosofía en la búsqueda de soluciones, comprensiones profundas, planteos de interrogantes que nos permitan avanzar, acudamos a ella, y luego de satisfechos esta y sus actores principales y profesionales queden reducidos a un aula docente y relegados o fuera de los demás ámbitos cruciales de la vida de las comunidades. J. C. García formado en corrientes hegemónicas de la Facultad de Sociología de los EE.UU, se desplazó luego, por ejercicio de la crítica, hacia el **materialismo histórico** como soporte teórico de su mayor producción.

Como resultado de ese trabajo descartó las corrientes positivistas, neopositivistas y fenomenológicas que según su opinión no pueden dar cuenta de la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención como una determinada formación socioeconómica cultural y sus mecanismos de articulación. Según José Portillo (Véase Bibliografía) en sintonía con Everardo Nunes, desde el empleo de un pensamiento dialéctico no mecánico ni ortodoxo, sino abierto y vivo decimos nosotros, puede ser considerado el fundador de la corriente de pensamiento moderno de la Medicina Social Latinoamericana que hoy tiene un fuerte desarrollo en Brasil, México, Ecuador, Argentina etc. J. C. García aunque reconoció que la medicina es parte de la superestructura de una determinada estructura socioeconómica pero aplicando con suma claridad el concepto de **autonomía relativa** combatía el planteo de los mecanicista que sostenían que hasta que no haya cambios sociales radicales no podrá transformarse la Universidad ni el conjunto de los servicios de salud.

De esta forma, y apoyado en el concepto de autonomía relativa, se orientaba teórica y prácticamente a los cambios parciales como posibles caminos a transformaciones totales, como analizamos en el caso de Argelia, sin dejar de reconocer que ninguna de estas conmociones son posibles en el marco de una lógica totalmente autónoma desconociendo el contexto socio-histórico y cultural en el cual están insertas. Por otro lado y de manera relacionada con respecto a lo que hemos sostenido hasta aquí, y para propiciar estos cambios es necesario analizar detenidamente la relación entre Sociedad y medicina. Por otro lado y basado en Lukács desarrolla una novedad conceptual introduciendo el concepto de trabajo en la investigación en salud, que parafraseando al filósofo de Budapest sostiene que “las categorías no sólo tienen significación objetiva, sino también una historia objetiva y subjetiva” (Portillo, p. 206 Véase Bibliografía), temática que luego será muy desarrollada por Asa Cristina Laurel en México.

Una parte de su pensamiento también se dedica a analizar la historia de América Latina con sus instituciones de investigación en salud y de medicina a partir de la conquista y colonización, e Independencia política con la creación y desarrollo de los nuevos estados nación estableciendo un vínculo entre la creación del conocimiento y las condiciones socioeconómicas de producción de bienes. Sostiene Nunes que muchos de sus puntos de vista han superado enfoques como los de Merton, Reader, Kendall, Bridges de fines de la década de 1950 y principios de 1960. J. C. García clasifica las Facultades de Medicina en América Latina de acuerdo a su capacidad para adoptar innovaciones en: a) innovadoras, b) las que responden rápidamente a los cambios, c) las que responden más lentamente y d) las que se resisten al cambio.

Para ello toma en cuenta tres procesos: a) articulación entre educación media y universitaria, b) adopción de un sistema departamental (en sustitución de las cátedras) y c) implementación de programas extramurales. Todos estos cambios se iniciaron en la década de 1950. En la década de 1960 y 1970, alrededor de la mitad de las facultades los habían implementado. Nuestra Facultad, de acuerdo con J. C. García, está en la cuarta categoría: las que se resisten al cambio. En Cuba para el caso de la ELAM hay que ubicarla en la opción “a”.

En la actualidad, podemos decir desde la epidemiología, que “nosotros gastamos mucho más en salud que en educación, y mucho más en salud que en ciencia y tecnología. Sin embargo, cualquier profesional de la salud va a decir que el gran determinante en los problemas de salud muchas veces son los niveles educacionales” (Spinelli, H., p. 2, Véase Bibliografía). Para cerrar sostenemos que nuestro “modelo” economicista-capitalista en Argentina y en gran parte de América debe darles paso a modelos éticos que profundicen alternativas liberadoras-revolucionarias. Hoy contamos con filosofías propias y profundamente contextualizadas. Para parafrasear la expresión de O. Varsavsky de “ciencia contextualizada” que abren los caminos, decimos nosotros, **más acá y más allá** de la verdad de los hipotéticos modelos de la verdad universal imperial.

Medicina de la liberación

La medicina de la liberación basa su planteo, en mi concepción, en la concientización del uso de la salud con el fin de promover la dignidad humana, la justicia social, la salud del planeta y del espacio sideral. Por otro lado es un concepto nacido por el año 1996 en las montañas del sur-oriente de Morazán, en El Salvador, inspirado por la población campesina y estudiantil y por el ejemplo del mártir Padre Ignacio Martín Baró²¹ en la práctica y teoría de su llamada Psicología de la Liberación.

La Medicina de la Liberación posee sus raíces en un amplio contexto, a saber, en el campo de la acción comunitaria, en la medicina social, como en el proceso de descolonización del África y para este caso a Argelia como lo hemos estudiado, y todo ello en conjunción con la **co-solidaridad**, la ética y la política, que hoy denominaríamos como ética y política de la liberación. Ha sido desarrollada en más de 100 talleres desde 1996, en lugares tan distintos como Rosario, Ginebra, Ottawa, Río de Janeiro, Mumbai, Puebla, Nueva York, Mbarara (Uganda), Londres y Teherán. Es posible realizar un seguimiento de estos acontecimientos desde el Boletín Red de Redes.

Por otro lado no resulta extraño que la Medicina de la Liberación también posea raíces en los conceptos de Educación para la liberación promovido por Paulo Freire, y que la Teología de la Liberación también haya influido en su desarrollo. La Medicina de la Liberación no es por ello sectariamente religiosa ni realiza una mera ideologización. Es abierta a todos aquellos que se sientan llamados por la vocación de cuidado. De hecho la Medicina de la Liberación debe mucho a la Medicina Social²². Uno de los primeros en practicar dicha medicina social fue el Dr. Rudolf Virchow en 1848²³ y que local y continentalmente hemos sabido situar en el párrafo anterior hacia 1855.

²¹ Sacerdote jesuita de Valladolid y discípulo de Ignacio Ellacuría. Seguidor de la Teología de la Liberación. Fue fundador de la psicología social de la liberación entre los años de 1970 y 1980 en base a sus trabajos comunitarios, y ha sido uno de los más importantes representantes de la psicología social latinoamericana. Murió asesinado por un comando del ejército salvadoreño el 16 de noviembre de 1989, junto a los demás sacerdotes jesuitas: Ignacio Ellacuría, Segundo Montes, Juan Ramón Moreno, Armando López y Joaquín López y López. También asesinaron en la redada a su mujer, Elba Ramos y a su hija, en ese entonces, menor de edad, Celina, que trabajaban en la residencia donde habitaban los sacerdotes.

²² Véase www.socialmedicine.org/www.medicinasocial.org

²³ Rudolf Ludway Karl Virchow nace en Prusia en 1821 y muere en Berlín en 1902. Considerado uno de los más importantes patólogos del Siglo XIX. Presentando su teoría celular se convierte en un pionero del concepto moderno del proceso patológico. Su teoría celular (*Omnis cellula e cellula*) se constituyó en un precedente de la teoría del plasma germinal (un antecedente del ADN) de August Wiesmann. Su carrera política fue de influencia. Formó parte del consejo de ciudad de Berlín. En 1861 es elegido para el parlamento prusiano. Fue fundador del partido progresista en incansable oposición a O. Von Bismarck que lo retaría a duelo en 1865 y que Virchow rehusaría atinadamente. Entre 1886 y 1870, debido a la

Por otro lado la medicina social tuvo un importante desarrollo en América Latina. En Argentina uno de los pioneros de reconocido carácter público fue Ramón Carrillo²⁴. El caso de Chile en el cual el Dr. Salvador Allende²⁵ fue arquitecto de

guerra, dejó su actividad política para realizar hospitales militares, equipando los trenes. Recién a partir de 1880 y 1893 se restituye a la vida política siendo parte del *Reichstag* alemán.

²⁴ R. J. Carrillo es un pionero de la medicina social en Argentina y la América no yanqui ni canadiense. Nace el 7 de Marzo de 1906 en Sumampa, un pequeño y humilde pueblo de Santiago del Estero (Argentina). Sus estudios universitarios los realizó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, inclinándose a la neurología y neurocirugía colaborando con el Dr. Manuel Balado quien era uno de los más importantes neurocirujanos de la época. Hacia 1930-1932 fue becado para estudiar en Amsterdam, París y Berlín siendo el primero, el centro científico más importante del momento en dichas especialidades. De regreso organiza el laboratorio de Neuropatología en el Instituto de Clínica Quirúrgica. Dirigió a su vez el Servicio de Neurología en el Hospital Militar Central. En el ámbito académico fue profesor titular de la cátedra de Neurocirugía de la Facultad de Medicina (UBA) desde 1943, mientras que en el Nivel secundario de Capital Federal fue profesor de historia argentina e historia de la civilización. Para esta época en la que recibe el Premio Nacional de Ciencias en 1937 se había consolidado como un prestigioso neurocirujano mundialmente reconocido, formando parte de distintas sociedades científicas nacionales y extranjeras, siendo autor además de varias obras importantes en el campo de la anatomía patológica, anatomía comparada, clínica neurológica etc. Durante la primera gestión de J. D. Perón en 1949, se crean la Dirección Nacional de Higiene, la Secretaría de Salud y el Ministerio de Salud Pública de la Nación. A raíz de su prestigiosa carrera Carrillo es designado al frente del mismo desarrollando una importante labor sanitarista enfrentando las enfermedades endémicas, en particular, de las **zonas más pobres** del país. Se atacó principalmente el paludismo eliminado casi totalmente, la sífilis, la lepra y la tuberculosis. Se crearon numerosos Centros de Salud, Hospitales y Puestos Sanitarios de Frontera. De esta manera, estando Carrillo al frente del Ministerio, la capacidad sanitaria y hospitalaria del país se duplicó. Al poco tiempo de asumir como Ministro de Salud Pública de la Nación elaboró, junto a su equipo, el *Plan Analítico de Salud* (1946) donde describía la situación de la salud en Argentina y proponía las acciones del futuro ministerio. Su política sanitaria puede resumirse en pocas palabras: "una asistencia individual y familiar eficiente, continua y completa, con gratuidad para la población que la necesite, con libre elección del médico por el paciente, en la que los profesionales actúen para la comunidad ofreciendo sus servicios mancomunados, según la demanda de prestaciones y buscando el equilibrio entre las necesidades médicas de la población". De esta manera Carrillo ataca el acceso y la cobertura no universal del **Sistema Bismarckiano** o Sistema de Seguridad Social que restringe el beneficio a una parcialidad aportante y a su grupo familiar. Este es el modelo de Francia, Alemania, Bélgica y Japón. Por otro lado, en la actualidad, las obras sociales argentinas no lograron superar este sistema de organización que a su vez toman como modelo. La Política Sanitaria Argentina de Carrillo, con una fuerte impronta filosófica, ecológica y ética, se basaba en tres principios: 1) Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la Sanidad, 2) No puede haber política sanitaria sin política social, **y podemos agregar, a cuenta personal para la actualidad, que no puede haber política social sin políticas de planificación estratégicas y liberadoras en el sentido que hemos desarrollado en este trabajo**, 3) De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados. Podemos observar que el pensamiento de Carrillo es de características éticas y políticamente arquitectónicas en relación a la organización de los diferentes niveles de acción-operación de los hospitales insertos en las políticas sociales del país. Su *Teoría del Hospital* (1953) se enmarca dentro de la arquitectura del Hospital Moderno, políticamente hablando, pero con la siguiente filosofía ética de fundamento: "los hospitales no se organizaban a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno". Por otro lado, hacia el Primer Plan Quinquenal, Carrillo se vio en la necesidad de planificar la construcción edilicia de Hospitales, institutos, sanatorios para crónicos, centros de salud, hogares para niños y ancianos, hogares escuelas etc. con un estilo moderno pero atendiendo a la complejidad de cada institución. Dichas planificaciones se llevaron a cabo a través del Ministerio de Obras Públicas, Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud que se crea para este fin, y por la Fundación Eva Perón, dando por resultado 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas. Carrillo se interesó especialmente en áreas que el estado no había desarrollado ni profundizado adecuadamente, como son la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno infantil. Luego de la Caída de Perón Carrillo es retirado de las cátedras y de la gestión pública, y se ve obligado a exiliarse al Brasil en donde se desempeñó un tiempo como médico rural. Fallece en Belem do Pará, en Brasil, 1956 en el medio de la indiferencia e ingratitud social del exilio. Algunas obras importantes en neurocirugía son *El diagnóstico*

muchas leyes de Salud Pública influido por la Medicina Social hasta el golpe de Estado el 11 de Septiembre de 1973. Como práctica también fue llevada a cabo en la Política estatal-socialista de Cuba, bajo el ideario y labor del mártir Ernesto “Che” Guevara (médico revolucionario) y el apoyo del Presidente Fidel Castro. En la práctica de Guevara, como en la de Nicaragua, el Salvador, Brasil o incluso en la actualidad de Estados Unidos, es preciso reconocer el riesgo que significa estar al lado del pueblo. El luchar por una medicina que escuche la **voz-ética** de los no escuchados, es un camino de esperanza para ampliar el campo humano de la salud colectiva siempre necesario de renovación ágil y dinámica como también lo anheló el mártir Padre Monseñor Romero en El Salvador.

Mirando más hacia acá, y puede ser motivo de polémica, la Medicina de la Liberación también tiene como raíz el trabajo del movimiento humanitario, tal como lo concibe el Comité de la Cruz Roja Internacional y su práctica de acompañar a las personas en situacionalidad de peligro, riesgo y miseria donde sea que se encuentren, buscando garantizar la integridad de sus vidas y la restitución de su salud. Para otras opiniones también forman parte de este movimiento grupos tales como Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo y Doctores por la Salud Global, Médicos de la Esperanza, Médicos ancestrales quienes no sólo acompañan a los pueblos en cuestiones preventivas, curativas, sino que además estimulan la organización comunitaria y son testigos claves de lo que las poblaciones están viviendo y de lo que ellos están viviendo con la gente, sirviendo como “ojos y oídos del Mundo” contra las injusticias. Un paradigma de liberación en salud-acción son los ejércitos de médicos que Cuba envía a todas partes del mundo que los necesiten, sea Irak, Haití o Venezuela etc.

Otro aspecto fundamental de la Medicina de la Liberación es su vínculo Salud-Derechos Humanos, tal como explicaba el Dr. Jonathan Mann²⁶. En la visión de Mann la combinación de fuerzas sinérgicas, estas son: la salud pública, la ética y los derechos humanos confluían y se encontraban estrechamente vinculados concluyendo que ambas se integraban desde sus respectivas visiones filosóficas y objetivos tendientes a mejorar

yodoventriculográfico en cirugía cerebral; Importancia de la encefalografía en la apreciación médico-legal del síndrome post-conmocional; Topografía craneal etc. También escribió biografías, estudios económicos y demográficos. Muchos de ellos fueron publicados en los *Archivos argentinos de neurología*, *La Semana Médica*, la *Revista de la Asociación médica argentina*, *La Prensa Médica*, entre otras revistas especializadas. (H. Cámara de Diputados de la Nación. Secretaría Parlamentaria. Secretaría de Información Parlamentaria. <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos>).

²⁵ Cuando Salvador Allende es ministro en 1939 realiza una crucial denuncia referente a la mortalidad infantil dando un índice de 250 por mil, siendo una de las más altas del mundo en ese momento. Bajo el Gobierno de la Unidad Popular dicha mortalidad descendió de 1970 a 1973 de 79 por cada mil niños a 63 por cada mil. La mortalidad de niños de uno a once meses descendió en un 20%, la desnutrición infantil en un 17%, igualmente en esos tres años de gobierno. (<http://ciudadania-express.com/2009/03/06/los-importantes-logros-en-salud-publica-en-el-gobierno-de-allende/>).

²⁶ De 1947 a 1998 Fue el primer Director del Programa de SIDA en la OMS, ya que está bien claro que la Salud es un Derecho Humano. Luego renuncia a este puesto por falta de políticas de las Naciones Unidas con respecto al SIDA. Su conflicto con la OMS y con Hiroshi Nakajima están documentados como parte del PBS *Frontline* documental “La era del Sida”. Durante su gestión el Programa contra el Sida fue el mayor programa en la Historia de la OMS, y él fue figura clave poniendo de manifiesto la necesidad de respuestas globales al problema. Para él la Salud era una cuestión de derechos humanos y viceversa y ambas debía cooperar a la vez con un sentido práctico de resolución de problemas. Con la **filosofía** como caballo de batalla enarbolando una **filosofía práctica** que logra concebir, pone de manifiesto la relación entre Bioética, jurisprudencia, ley de salud pública, epidemiología, sus vocabularios y correspondencias, su educación y formación, sus contrastaciones de métodos. Los conflictos entre funcionarios y materias debían poder resolverse en un ámbito de cooperación tendiente a la resolución de problemas y en pro de la Salud.

la salud, el bienestar y evitar la muerte prematura. La ética es una de las importantes ramas de la filosofía. Mann no ignoraba la conflictividad entre disciplinas y campos pero tampoco la integración que encontraba en la filosofía, lo que desde su visión se debía poner de manifiesto en una dimensión de cooperación concreta.

Todo ello constituye una herramienta útil para la Medicina de la Liberación y su práctica de Atención Primaria de Salud Orientada o Basada en la Comunidad inspirada en la Declaración de Alma Ata²⁷. Dicha práctica puede ser anclada en esta herramienta útil del conjunto que constituyen la Salud y los Derechos Humanos aportados por el Dr. Mann. Se trata de una relación de respeto con los integrantes de la comunidad, escuchando y en el mejor de los casos trabajando con ellos a través de una invitación amistosa, utilizando la metodología de la investigación-observación participativa (antropología social y cultural) para explorar recursos y problemas, establecer prioridades, entrar en un plan de trabajo y evaluar el trabajo durante y después de hacerlo. En la actualidad, en cuanto producción teórica e instrumental técnico y procedimental se ha superado la Declaración de Alma Ata, así lo muestran los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

Trabajando en, desde, para, por y **con**²⁸ la comunidad como base de cualquier otro trabajo educativo y/o político es una buena manera de no desviarse de la realidad y alejarse de las necesidades de la población. La Atención Primaria de Salud Orientada en la Comunidad arraiga en la misma fuerza de despliegue saludable de la población y esta fuerza es la que puede hacer realidad lo que postula la Declaración de Alma Ata. El arte, la pintura, la música, la fotografía, en este caso como herramientas, posibilitan la comunicación allí donde las fronteras idiomáticas y de costumbres impiden en primera instancia la comunicación. Además de que, fundamentalmente, sirven también para un trabajo de prevención de enfermedades de todo tipo como de su cura y recuperación. Otras herramientas son Epicom (epidemiología comunitaria), Vigilancia participativa comunitaria, Investigación acción participativa etc., dichos instrumentos cuestionan el plan que se propuso Alma Ata y pudo cumplir, por lo que se plantean, entre otras cosas, como superación a dicho programa.

El espíritu de la Medicina de y **para** la Liberación es un espíritu práctico de lucha que debe ser alimentado de manera constante por las filosofías críticas, como el Dr. Mann lo intuyó, advirtió y lo promovió, o como pudo esbozarlo J. C. García. El espíritu de lucha continúa por la verdad, justicia, bondad y belleza de vivir con acceso a todos los derechos humanos y ecológicos. Como también lo estimuló el Dr. Martin Luther King²⁹ en su concepción de desobediencia civil levantándose a favor no solo de

²⁷ Aquí se llevó a cabo la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en la URSS del 6 al 12 de Septiembre de 1978 con motivo de considerar la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos y todo el personal de salud y desarrollo de la comunidad mundial con el objetivo de promover la salud de todos los pueblos del mundo. Véase dicha declaración en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Sintéticamente debemos señalar que no se cumplieron los objetivos de dicha declaración, y por tal motivo se comienza a plantear instancias superadoras.

²⁸ Remarco esta preposición porque es imprescindible, y sobre la que considero avanza una medicina **para** la liberación sobre una medicina de la liberación acentuando el carácter práctico. Dicha preposición posee dos facetas, por un lado se trabaja **con** la comunidad, desde y más allá de la comunidad ya que es necesario trabajar en red y no cerrarse a un enclave cultural, y por otro lado, con este proceder no se garantiza que se esté trabajando de manera liberadora, es decir, también abarcaría trabajar **con** filosofías de la liberación, descolonizadoras, crítica en estos sentidos radicales. Por lo tanto dicha medicina **para** la liberación trabaja **con** la comunidad y **con** teorías para la liberación.

²⁹ Su nombre original es Michael King, pero en un viaje por Europa y con su familia hacia 1934 su padre, cuando estuvieron en Alemania, cambió su nombre por Martin Luther King como homenaje al teólogo

su grupo étnico sino contra todo tipo de injusticias en defensa de los derechos civiles. O por la autonomía de los pueblos de América y el mundo, como lo hizo el médico revolucionario Ernesto “Che” Guevara, el Presidente Fidel Castro Ruz y Nelson Mandela. Es instructivo recordar que el Congreso de los EEUU declaraba al Congreso Africano Nacional (ANC) y a su presidente N. Mandela como terroristas en aquel tiempo.

La Medicina **para** la Liberación se relaciona con este contexto de quienes se encuentran luchando por el **bien comunitario** de sus pueblos, por los oprimidos, los marginados del derecho. **Sin la práctica, la Medicina de la Liberación no existe.** Su camino es la *praxis* (unidad de práctica y teoría), lo cual lleva a su portador participante a observar, pensar, actuar y evaluar. En el mundo periférico la política de los que mandan mandando (*potestas* autoritaria que impone) la economía del mundo han exigido que sea suprimido como ejercicio, el concepto de salud, como un derecho humano que el gobierno debe garantizar y proveer en su letra. Esto sucede porque en casi cualquier pueblo de este mundo la asfixia (pluspeso) de los altos mandos del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial impone los ajustes estructurales que hace que esta situación se multiplique.

Al mismo tiempo, dichos organismos, construyen un concepto de salud, basada en la enfermedad y muerte, lógica que lleva, en realidad, a lo que Iván Illich denominaba como mera medicalización y mercantilización de la vida atrapada en el mercado, destruyendo, de esta manera, un horizonte de comprensión más amplio como el de vida-salud-enfermedad-atención y cura multifacética. Prescriben las bajas en los presupuestos para la atención de la salud en los hospitales y ni siquiera hay fondos públicos para medicamentos, camas, ventiladores, equipamiento, etc., mucho menos para realizar serios proyectos de salud y poder ejecutarlos.

Muchos países en el mundo en vías de desarrollo pagan cada año más por sus intereses y deudas al Banco Mundial y al FMI que lo invertido en salud y educación dentro de sus propios estados. Se trata de un dinero que moralmente y mortalmente va en una dirección contraria a la vida de las comunidades. La Medicina **para** la Liberación logra su mejor eficacia, eficiencia y éxitos cuando son equipos transdisciplinarios quienes la llevan adelante conjuntamente **con** las comunidades y **con** teorías para la liberación. Se avanza colectivamente, filosóficamente, cuando el concepto de colaboración entre las partes se constituye en su plasma y este puede articularse con acciones concretas de transformación salubres evitando organismos nacionales-multinacionales maliciosos, de pobreza y de muerte.

Palabras finales

Lo que pretendemos dejar asentado en nuestro concepto de salud como quinta idea directriz o trascendental es una integración macro-meso y micro-biótica de la vida, del planeta. La salud es un derecho humano, pero también lo es de la naturaleza, es un derecho planetario y cosmológico. Reducimos el concepto de salud si sólo lo afirmamos como un derecho del hombre, cuando también y principalmente se están destrozando las condiciones ancestrales que posibilitan el desarrollo de toda vida en el planeta, cuando se está contaminado en progresión geométrica el espacio sideral en sucesivas y variadas misiones espaciales. Desde el punto de vista de la tecnología el planeta entero ha sido abrazado desde el sistema de redes satelitales. Podemos suponer

Martín Luther (Martín Lutero). Martín Luther King se dedicó a la teología sistemática y se doctora en **Filosofía** en 1955.

que además de todos los beneficios publicitados y aprovechados por todos, lo que también se ha tendido es una brida de dominio, seguridad, control y vigilancia que envuelve al planeta de manera ágil orgánica como el plasma que circula por las arterias, un panóptico a escala global que ya mira al planeta desde “afuera”.

El concepto de Salud planteado como quinta directriz o “trascendental” nos posibilita evaluar el cuidado global del planeta y trascender estas bridas, no solo desde lo habitable sino también desde lo no habitable naturalmente por el hombre como es el espacio sideral, pero con incidencia para el desarrollo de la vida. Esta quinta dimensión de la realidad humana vivifica, humaniza y prepara un legado para el desarrollo de la vida de las futuras generaciones. Este concepto de salud desde el punto de vista práctico es de suma complejidad porque requiere la revisión de los cuatro aspectos guías que hemos mencionado (verdades, justicia, bondad, belleza), y porque además es un resultante del equilibrio entre estos aspectos. Salud y libertad pueden ser aquí equiparados dando un paso más por sobre la liberación como proceso para alcanzar la salud.

Desde este macro-meso-micro concepto de salud, y es lo que he llamado medicina **para** la liberación, podemos evaluar de manera práctica y *quasi* instantánea la articulación entre la ecología, la economía, la política, el nivel de los principios formales y la dimensión de la necesaria instrumentalidad práctica. La salud no es un *a priori* imperial impuesto sino el resultante de la aplicabilidad y articulación de los niveles mencionados y de las responsabilidades culturales vitales manifestadas a nivel histórico-filosófico-comunitario. Nos dice si una comunidad funciona como tal o si solo es una mera sociedad ganancial, con fines de lucro en donde hay una pura razón de justificación aleatoria, encubridora de su gestión para manipular, adormecer e invisibilizar la muerte del otro.

Por ello emprender responsables, comprometidos y fidedignos relevamientos políticos sociales y estadísticos epidemiológicos por parte de los que trabajan **con** la comunidad y **con** las teorías de la liberación en función de las comunidades, son otras importantes herramientas de sondeo, diagnóstico e intervención para el cambio. Por otro lado también son claros indicativos para evaluar, por sus efectos, si funciona o no la dimensión ética-humana fundamental, de la articulación del nivel material, formal y práctico. Porque por sus causas hay que apelar a las ciencias sociales, filosofía, historia, sociología, antropología, teología en sus versiones liberacionistas y críticas a la dominación etc.

Este macro concepto de salud transversal y liberadora envuelve al sistema de las cuatro ideas directrices mencionadas como una red de redes, ya que si en dicho sistema se cumplen los principios, normas y leyes en una justicia crítica y no alienante, se ha llegado, con ello, a plasmar la pretensión de bondad de dicho sistema, lo que sería para nosotros un sistema saludable pasado en limpio, corroborado, autenticado etc. También, dicho concepto macro de salud es toda una regla desde donde podemos medir, por ejemplo, el sistema eurocéntrico hegeliano como un sistema no salubre. El parágrafo 347 de la *Filosofía del Derecho* de Hegel con poder dictatorial (mandar atropellando) le otorga el derecho a unos y le niega y quita el derecho a otros. Es para nosotros un paradigma de insalubridad, pero que también puede de-construirse, como lo hemos hecho, a través de esta quinta idea directriz que, con identidad americana, revolucionaria, crítica y comprometida con los condenados de la tierra, no sólo puede desandar los caminos de dominación, sino y principalmente hacer sus propios caminos en los rumbos de una liberación local y cosmoglobal.

Bibliografía

- *Almeida Filho, N.; Rouquayrol, M. Z.: *Introducción a la epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2008.
- *Arrue, Ville; Kalinsky, Beatriz: *De la médica y la terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1991.
- *Bauer, Carlos: *La analéctica de Enrique Dussel: Un método para la construcción de una utopía factible o institución futura para el tercer milenio*. UNC, Córdoba, 2012.
- *Bauer, Carlos: *Anápolis. Comunidad inclusiva, ecológica, pluricultural. Un proyecto ético político para la construcción de una institucionalidad analéctica o un modelo factible de integración social y preservación de la vida*. UNC, Córdoba, 2012, inédito.
- *Bonet, O.: *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Editora Fiocruz, Río de Janeiro, 2004.
- *Bunge, Mario: “No es posible que permitan este asalto a la modernidad”, entrevista La Voz del Interior, Domingo 18 de Abril de 2010 en Temas.
- *Carrillo, Ramón: *La guerra psicológica*. (Versión taquigráfica tomada por la Subsecretaría de Informaciones de la Nación, durante las tres clases pronunciadas en 1950 ante los señores jefes y oficiales de la escuela de altos estudios. Integra la serie de sus exposiciones en diversos ámbitos que fuera compilada como contribuciones al conocimiento sanitario del hombre).
- *Carrillo, Ramón: Lista de establecimientos creados, erigidos, inaugurados y puestos en funcionamiento hasta 1952. pp. 259-275; url <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm> copyright © 2006 *electroneurobiología*. (Este trabajo es un artículo de acceso público; su copia exacta y redistribución por cualquier medio están permitidas bajo la condición de conservar esta noticia y la referencia completa a su publicación incluyendo la url. / this is an open access article: verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's full citation and url (above)).
- *Carrillo, Ramón: *Teoría geral do homem*. *Electroneurobiología* vol. 14 (3), pp. 9-69, 2006. Contacto / correspondence: *vixit* (1906-1956) precedida de un estudio preliminar, “Evolución de la antropología filosófica de Ramón Carrillo: La etapa definitiva” por Mario Crocco contacto / correspondence: *postmaster [-at] neurobiol.cy.edu.ar* *electroneurobiología* 2006; 14 (3), pp. 9-69; url <http://electroneubio.secyt.gov.ar/index2.htm> copyright © junio 2006 *electroneurobiología*. Este texto es un artículo de acceso público; su copia exacta y redistribución por cualquier medio están permitidas bajo la condición de conservar esta noticia y la referencia completa a su publicación incluyendo la url (ver arriba). / this is an open access article: verbatim copying and redistribution of this article are permitted in all media for any purpose, provided this notice is preserved along with the article's full citation and url (above)
- *Carvalho, S. R.: “Promoción de la Salud, *empowerment* y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria”, en Salud Colectiva, Buenos Aires Septiembre-Diciembre de 2008.
- *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- *Curín, R. A.: *Cultura y Subjetividad. Educación y Psicoanálisis en las culturas*. Editen, Resistencia, 2005.

- *OPS, *Epidemiología de la desigualdad*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 27, Buenos Aires, 1992.
- *OPS, *Epidemiología sin números*. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud N° 28, Buenos Aires, 1992.
- *Fanon, F.: *Sociología de la Liberación*. Ediciones Testimonios, Buenos Aires, 1970.
- *Fanon, F.: *Los condenados de la tierra*. Editorial Aquí y Ahora, Montevideo, 1971.
- *Fanon, F.: *Los condenados de la tierra*. Fondo Editorial Casa de las Américas, El Vedado, La Habana, Cuba, 2011.
- *Foucault, M.: “Arte Forense”, “7. Historia de la Medicalización”, “8. Incorporación del Hospital a la tecnología moderna”, en Foucault, M.: *La vida de los hombres infames*. Editorial Caronte Ensayos, La Plata, 1996.
- *González, Ricardo: *Volver a la Semilla. Confidencias de un médico rural*. Editorial Política, La Habana, 2012.
- *Gordillo, G.: *El Gran Chaco: Antropologías e historias*. Prometeo Libros, Buenos Aires, 2006.
- *Hegel, G. W. F.: *Fenomenología del Espíritu*. FCE, Buenos Aires, 1966.
- *Hegel, G. F.: *Filosofía del derecho*. Editorial Claridad, Buenos Aires, 1937.
- *Hegel, G. W. F.: *Introducción a la Historia de la Filosofía*. Editorial Aguilar, Buenos Aires, 1959.
- *Hegel, *Lecciones sobre la filosofía de la historia universal*. Editorial Alianza, Madrid, 1997.
- *H. Cámara de Diputados de la Nación. Secretaría Parlamentaria. Secretaría de Información Parlamentaria. <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos>.
- *Illich, Iván: *Medical Nemesis 1976*. Random House, Inc. Pantheon Books, Némesis Médica Editorial Joaquín Mortiz, S. A. México, 1978.
- *Le Breton, D.: *Antropología del cuerpo y Modernidad*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2002.
- *Luz, Madel T.: *Natura, Racional, Social. Razón médica y racionalidad científico moderna*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
- *Medicinas Alternativas (Postgrados en la UNC), “Cursos polémicos, suspendidos hasta junio”, en La Voz del Interior, Viernes 7 de Mayo de 2010 en [Ciudadanos](#).
- *Menéndez, E. L.: “Antropología médica: espacios propios, campos de nadie”, en Revista Nueva Antropología, Febrero, año/vol. XV, número 051, México s/d.
- *Menéndez, E. L.: “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. En [Salud Colectiva](#), La Plata, Enero-Abril, 2005.
- *Menéndez, E. L.: “De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas”, en [Salud Colectiva](#) Buenos Aires Mayo-Agosto 2009.
- *Mesa-Lago, Carmelo: *Atención de la Salud para los pobres en la América Latina y el Caribe*. Publicación científica N° 539, 1992.
- *Novass, A.: *O Homem Máquina: A Ciência Manipula o Corpo*. Companhia das Letras, Río de Janeiro, 2003.
- *Pérez De Nucci, Armando M.: *La medicina tradicional del noroeste argentino*. Ediciones del Sol, Buenos Aires, 2005.
- *Poritllo, J.: “Pensamiento Social en Salud en América Latina Juan César García”. Revista Médica del Uruguay, 1994. Organizadores Everardo Duarte Nunes; Maria Isabel Rodríguez y Saúl Franco. Organización Panamericana de la Salud Interamericana, Mc Graw Hill, México, 1994. <http://www.rmu.org.uy/revista/1994v3/art10.pdf>

- *Putnam Tanco, Eduardo: *Filosofía y Medicina*. Ediciones López Negri, Buenos Aires, 1952.
- *Sepulveda Cordubensis, J. Genesi: *Democrates alter, sive de justis belli causis apud Indos=Demócrates segundo o de las justas causas de la guerra contra los indios*. Prólogo, traducción y edición de M. Menéndez y Pelayo, <http://www.cervantesvirtual.com>,
- *Spinelli, H.; Testa, M.: “Del diagrama de Venn al Nudo Borromeo. Recorrido de la Planificación en América Latina”, en Salud Colectiva, Buenos Aires, Septiembre-Diciembre, 2005.
- *Spinelli, H.: “La salud tiene que ver con montones de cosas que no son los médicos”, en Página 12, Lunes 20 de Febrero de 2012. <http://www.pagina12.com.ar>
- *Tognoni, Gianni: “¿Puede una cultura de la vida/salud sacarnos de la Crisis Global? La epidemiología comunitaria ante esta crisis civilizatoria”. UNC, Córdoba, Marzo, 2010.
- *Tognoni, Gianni: “Epidemiología comunitaria. Herramienta para la democracia”, en Cuadernos para la emancipación. Salud y Educación. Año 5, N° 5, Abril, 2009.
- *Tzvetan, T.: *La conquista de América. El problema del otro*. “3. Amar” Siglo XXI Editores, Madrid, 1982.
- *Werthein, Leonardo: “Modelo Médico hegemónico y realidad sanitaria. Los indicadores de la crisis”, en MOSIS: Revista Salud y Sociedad, número 21, Año 8, 1991.