

FAMG

Un Camino de Construcción Colectiva

Introducción

Este texto nació como una necesidad al redactar la Declaración del Congreso de Bariloche.

Necesidad de conocer el trazado de la historia de nuestro pensamiento y de nuestras acciones como un colectivo con más de 30 años de historia y de pensar a los congresos como una continuidad vital y no solo cronológica.

Una historia plena de esfuerzos y acciones; que aparece escrita en documentos, declaraciones, discursos y presentaciones de nuestros congresos por un gran número de compañeros y compañeras y que representan nada más y nada menos que la condensación de las acciones que realizamos todos los días y a lo largo de los años; desde las más pequeñas hasta las más difíciles; aquellas acciones que rescatamos y compartimos entre todos y que al hacerlo convertimos en los cimientos de una nueva idea de Pertenencia, Participación y Salud.

Este trabajo tiene el formato de resumen, y siguió los pasos de un análisis del discurso para ser realizado; y sin ser un relato histórico exhaustivo, --tarea que escapa a nuestras posibilidades y demandará otro tipo de trabajo que contemple la multiplicidad de voces que den cuenta de la historia del grupo --recorre mucho de la trayectoria de nuestra federación y nos permite asomarnos a una parte de la misma.

Tiene tres partes principales: la construcción de la identidad, la FAMG como actor social y finalmente la FAMG como movimiento social por la salud. Todas hilvanadas entre sí como grandes momentos aglutinantes de nuestro andar; y si bien el orden en que aparecen tiene carácter cronológico no son aspectos totalmente "alcanzados" más bien en renovación constante influenciándose entre sí constantemente.

Poder conceptualizar los hechos, enmarcarlos en el contexto que han tenido y pensarlos como la emergencia de un pensamiento en salud crítico y comprometido es necesario y un gran desafío. Esperando que esta mirada "generalista" que intentamos de nuestro colectivo nos permita enfrentarlo y contribuya a ver la continuidad, coherencia y cambios que hemos tenido ---siempre orientados a buscar nuestra identidad, a construir una propuesta sanitaria sólida y a solidarizarnos con toda lucha social que mejore la realidad y por ende la salud de nuestros compatriotas-- este texto se sumará a otros que esperamos surjan dando cuenta de lo construido.

La Construcción de la Identidad

La identidad de un grupo o colectivo es una construcción gradual y progresiva; necesita un tiempo para consolidarse y poder alcanzar claridad en sus principios. No reside en las personas solamente sino en aquello que “se ve” desde afuera como sello característico en los discursos y en las prácticas.

En ese sentido, es notable como nos hemos ido presentando al encabezar los documentos de cada congreso: si en la Declaración del Bolsón nos presentamos como “*Especialistas de Medicina General y Familiar*”, ya en Potrero de los Funes nos presentamos como “*Trabajadores del Primer Nivel de Atención*” y en Santa Fe como el “*Movimiento de Medicina General*” (“movimiento que nuclea a trabajadores de la salud de los equipos a lo largo y ancho de la Argentina”) evidenciando un cambio en nuestra percepción sobre “quienes somos” y desde “donde hablamos” y también la capacidad de juntarnos con otros colectivos para lograr cambios.

La historia expresada a través de temáticas de los congresos, discursos inaugurales, mesas debate, mesas centrales, y declaraciones y documentos nos muestra la preocupación inicial por lograr un *programa de residencias unificado*, que expresara por un lado una propuesta pedagógica, pero fundamentalmente nuestra mirada sobre la realidad sanitaria a través de enfocarnos en los problemas prevalentes de carácter regional; la organización del sistema de salud según los principios de la APS; y la seguridad de poder imaginar un **nuevo trabajador de la salud** (aunque en esos momentos quizás más centrados en los médicos generalistas) con una tarea eminentemente social, ideológicamente comprometida, con presencia en el terreno y siempre “cerca” de aquellos que más necesidades tuvieran (2005).

Las preguntas sobre “**El perfil del generalista**” aún resuenan en nuestros oídos como aquella que respondíamos con seguridad y orgullo, pero que al mismo tiempo no podíamos dejar de hacernos continuamente en encuentros, congresos, reuniones, etc. Desde la sociología de las profesiones (y dentro de la profesión médica extensiva a todas las especialidades médicas como una delimitación interna) sabemos que para ser reconocida como tal deben existir ciertas características: un cuerpo de conocimientos propios, un ámbito específico de trabajo, una práctica propia y finalmente la posibilidad de desarrollar investigación original.

Durante muchos años avanzamos en este sentido en un movimiento de avance discontinuo, afirmando cada uno de estos aspectos. Podemos afirmar que después de tantos años y luchas logramos establecernos con solidez y hemos acumulado experiencia en el camino de buscar un “ideal de servicios” acompañado de un elenco de valores que nos proveían de identidad cultural y le daban sustento a nuestra acción. No podemos obviar afirmar que nuestra historia ha estado marcada – como no podía ser de otra

manera- por la Medicina y las Ciencias de la Salud influenciadas por ella; pero aun así siempre tuvimos una postura crítica hacia las formas hegemónicas.

Hemos ido reconceptualizando el objeto de nuestras prácticas, evolucionando en nuestra concepción de la Salud: desde la mirada centrada en enfermedades a una más amplia de problemas de salud (riesgo, daño, enfermedad, muerte) y más recientemente a una concepción de **Necesidades Sociales de Salud** (Paim 2011) Un cambio de perspectiva que modifico nuestro acercamiento a diferentes saberes y nos propone nuevas indagaciones y objetivos.

Si en la *concepción centrada en las enfermedades* el conocimiento es exclusivamente biomédico basado en la epidemiología clínica y su principal objetivo es la cura; en aquella de los *problemas de salud* el saber epidemiológico explica los fenómenos a través del análisis de los determinantes y condicionantes de salud y nuestro objetivo de trabajo incorpora lo preventivo y lo promocional con perspectiva poblacional.

En el camino actual de la **concepción de Necesidades Sociales de Salud**, nos lleva a la búsqueda de otros saberes más propios de las ciencias sociales, entendiendo que si la salud es una necesidad social, hay que intentar mejorar aquellas “condiciones necesarias para tener salud” (el objeto de la práctica adquiere una mayor amplitud) y las intervenciones se acercan más a la idea de proyectos o modelos de atención cercanos a la idea de calidad de vida

Encontramos en la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)** un marco conceptual e ideológico que nos permitió –como en un espejo-poder pensarnos y corregir rumbos, al mismo tiempo que fue parte medular de nuestros discursos y reclamos al estado; y aún más: dada la polisemia en su definición, también nos permitió imaginar “el lugar de trabajo” o el “lugar propio” haciendo del **Primer Nivel de Atención (PNA)** nuestra casa y en nuestras prácticas incorporar lo *Preventivo* y lo *Promocional* en un rango de importancia similar a lo *Asistencial*. Ha sido y es aun nuestro gran marco ideológico, que nos permitió desde allí sumarnos a otras concepciones con particularidades diferentes como la Medicina Social Latinoamericana y todas sus vertientes y el Movimiento de Salud Colectiva. Este camino nos marcó y también nos diferenció en esos momentos de otras concepciones sanitarias y de la salud como la de medicina clínica de modelo flexneriano, los médicos de familia, las propuestas más tecnocráticas, mercantilizadoras o biologicistas que han recorrido la historia sanitaria argentina.

Llegamos a un punto en el que habíamos construido un discurso solido desde lo conceptual e ideológico que nos permitió-en su repetida exposición- reafirmarnos y retroalimentarnos contantemente; llegando finalmente a la creación de nuestros Valores, aquellos que nos constituyen y expresamos siempre en todo momento y lugar: Solidaridad, Equidad, Justicia y Democracia.

Las condiciones laborales en las residencias y al terminarlas nos preocuparon y movilizaron: **¿Cómo formar un recurso humano que pudiera desplegar todo su potencial? y ¿Cómo cubrir sus necesidades básicas para subsistir en esa tarea?**

En diferentes momentos – como en la década de los 90- estas preguntas resonaron aún más fuerte dada la distorsión que tuvo nuestra especialidad ante la realidad sanitaria que igualaba médico general y primer nivel de atención a una atención de la salud barata, organizada en “paquetes de atención” y baja en calidad con la finalidad de aumentar el rendimiento económico. Muchas veces y sin ser una asociación con fines gremiales, tuvimos que reclamar ante situaciones injustas que vivían compañeros, equipos y residencias (Sta. Fe 2005).

Todo esto ha tenido también su expresión institucional. Inicialmente a través de la **Asociación Nacional de Medicina General** luego devenida en **Federación Argentina de Medicina General (FAMG)** que nuclea hoy a 11 Asociaciones Provinciales. Se han atravesado muchas crisis personales e institucionales, intentando debatir y mejorar las formas de participación interna y teniendo como evento central de encuentro, generación de conocimiento y de posiciones a los **Congresos Nacionales**.

Hemos organizado cursos, capacitaciones, intercambios, publicaciones y participado en forma creciente de espacios de debate y discusión. La posibilidad del **Autofinanciamiento** – tanto para el funcionamiento institucional como para la realización de los congresos-- a través de recursos propios, y sin recibir aportes de laboratorios u otras empresas que lucran con la salud, ha podido ser sostenida a través del tiempo como signo de *Autonomía* pero también de *Independencia*, sin condicionamientos externos y se ha convertido en uno de nuestros valores centrales.

Nacimos institucionalmente en 1985, en medio de la vuelta de la democracia, épocas de grandes cambios, y quizás por ese motivo sabemos manejarnos ante las crisis; estamos alertas y reaccionamos rápidamente exponiendo nuestra mirada y marcando aquellas realidades injustas.

Pero no estuvimos solos en la tarea, los compañeros de trabajo constituidos en **Equipos de Salud** formaron parte desde el inicio y nos llevaron a poder pensarnos también a nosotros como parte de algo más grande que una especialidad médica; por un lado como trabajadores de la salud con mirada crítica y también, como Equipos de Salud, expresión organizada del trabajo, relacionada a una concepción de la salud amplia que necesitaba por definición de múltiples miradas y múltiples saberes para poder entender la complejidad y la repuestas necesarias. La *inter-disciplina* se constituyó a lo largo del tiempo en un desafío permanente. Este sabernos muchos y diversos, amplió las luchas y los reclamos, incorporando vivencias y experiencias ya no solo diferentes por las realidades que nuestro país tiene, sino porque cada grupo disciplinar aportó –desde su lugar- a un espacio común en donde las necesidades se vivenciaron como propias.

El cambio de nombre de los congresos y de las asociaciones es una muestra de este camino aún en proceso. Pensarnos como un **colectivo o un movimiento** nos convoca hoy como una imagen nueva; no solo porque esto implica un reconocimiento hacia dentro de quienes somos sino como expresión de un modo de “hacer” en la lucha y en la práctica y porque representa parte de otro anhelo propio de siempre; convertirnos en un **Actor Social** relevante en la arena sanitaria.

La FAMG como actor social. Nuestras propuestas

Nuestras propuestas fueron desde Bolsón (2003) en donde se planteó la necesidad de un **“Plan Nacional de Salud y un Sistema Nacional de Salud”** expresando cuales deberían ser los valores que lo sustenten, afirmando a la **Salud como un Derecho**, pasando por Potrero de los Funes(2006) en donde se consideró **a la APS como estrategia central del sistema y base de nuestra identidad** (revisando las condiciones laborales de los trabajadores de la salud y solicitando una carrera sanitaria que permitiera organizar y trabajar en equipos de salud) a Santa Fe (2015) en donde la mirada desde la **Integralidad** como un concepto central del trabajo en salud contempló a la **Participación Social, Ciudadanía y Construcción de Actores Sociales** como valores centrales; relacionando teoría y práctica a través del *1er Cabildo Abierto en Salud* y en Bariloche (2016) donde continuando lo anterior se plantearon condiciones que no pueden ya estar ausentes de nuestros congresos y acciones: **el reconocimiento de la diversidad y saberes con los que hay que vincularse para construir una nueva concepción de salud y el enfoque relacional como base para una práctica nueva en donde la subjetividad e intersubjetividad sean la materia prima de nuestras intervenciones.**

En todos nuestros documentos nos hemos manifestado sobre la realidad sanitaria nacional con una mirada crítica, denunciando la situación de salud y sus causales, así como también en relación a las políticas de salud, haciendo hincapié en su estructuración a través de programas focalizados que no responden a necesidades reales y a la fragmentación del sistema que beneficia a unos pocos.

También hemos sentado posición en relación al daño al medio ambiente y al avasallamiento de las culturas originarias.

Sostenemos que el **Rol del Estado** es central para generar condiciones de vida dignos, con justicia social y equidad, con un fuerte rol rector de los diferentes subsectores, financiando adecuadamente el sistema de salud. Un sistema de salud integrado, organizado por niveles de atención, ocupado en los problemas prevalentes de salud, principalmente de aquellos más olvidados pero siempre presentes como *las patologías regionales*, participando fuertemente en *la producción pública de*

medicamentos y vacunas y en la construcción de un *vademécum de medicamentos esenciales*.

Hemos atravesado varias décadas, cada una de las cuales ha tenido su correlato social y sanitario; esto siempre ha sido nuestra preocupación: aquellas condiciones de falta de dignidad y respeto, riesgo, exclusión, enfermedad, muerte de todas las personas, familias y comunidades de nuestro país y por otro lado las diferentes formas de organizarse y funcionar del sistema de salud sea esta municipal, provincial o nacional.

De esta forma hemos generado debates y documentos orientados hacia la creación de un **Sistema Nacional de Salud** y a la promulgación de una **Ley Nacional de Salud**, que considere a la misma como un *Derecho inalienable* (Congresos de Rosario 2008 y La Pampa 2007). Esta preocupación ha generado congresos, mesas de debate, y convocatorias a diferentes actores del ámbito académico, legislativo y sanitario con la elaboración final de documentos. Sabemos que no son muchos los intentos en nuestro país por generar una ley nacional de salud así también como un sistema único de salud, dados los intereses en juego.

Pero todo esto no ha sido fácil dada una dificultad adicional a nuestra práctica: el hecho de que nuestra concepción de estado y nuestra pertenencia y defensa del ámbito público se dan en simultáneo; lo que genera una tensión en nuestras prácticas y en nuestros análisis. **¿Cómo ser parte desde lo institucional, tener una mirada crítica e intentar modificarla al mismo tiempo?** Y al asumir cargos de gestión, **¿cómo mantener una independencia constructiva y combativa al mismo tiempo?**

Las condiciones de los trabajadores de la salud en sus diferentes aspectos han generado documentos y encuentros en donde la FAMG se convirtió en promotora de debates y consensos como se expresó a través del documento: **“Formación de Recursos Humanos para la Salud Humana”** en el Congreso Nacional de La Pampa 2014.

Nuestro concepto de salud también ha ido cambiando. De a poco fuimos entendiendo que Salud no es lo mismo que Sistema de Salud. Que **la salud es una Construcción Social** (Sta. Fe 2015) y por ello siempre hemos reclamado por condiciones de vida dignas; hemos reclamado por democracia, justicia, trabajo, educación, jubilaciones dignas, etc. Pensamos a la salud como un *derecho*, como un *producto social* y finalmente como una *construcción social y cultural* alejándonos definitivamente de los enfoques más biologicistas y considerando a las miradas exclusivamente clínicas o sanitarias como tecno-burocráticas generadoras de soluciones insuficientes y parciales.

Hemos tratado de utilizar conceptos abarcadores que nos ayuden a entender la realidad y mejorar nuestras propuestas -quizás desde la tradición más sanitarista en los comienzos-- pero que también hemos intentado re conceptualizar, como lo hicimos con la Integralidad en la Salud lema del Congreso de Santa Fe (2015). Ahora debatimos tanto

sobre Salud como sobre Sistemas o Servicios de salud, sobre lo colectivo y lo individual, sobre lo técnico y lo vincular.

¿Cuáles ha sido nuestras fortalezas implícitas en cada una de estas propuestas?

Por un lado nuestras propuestas siempre estuvieron gestadas desde la cercanía a las necesidades y problemas de las poblaciones; así es como en La Pampa (2007) las propuestas surgieron de los talleres realizados entre todos los trabajadores asistentes al congreso, y nunca dejamos que el contexto o realidad sanitaria sea descripto solamente por expertos o funcionarios sino que hemos crecido en formas de conocer y exponer las realidades.

Desde el ámbito de las investigaciones (hemos tenido en algunos congresos una explosión de ASIS realizados en todo el país) hemos elegido temáticas y preguntas de investigación centradas en las problemáticas más cotidianas, tanto individuales o comunitarias. Progresivamente hemos ido acercando otras voces a la mesa de discusión. En algún sentido hemos sido portavoces de otros que por asimetrías de poder y exclusión han estado siempre invisibilizados. Esto presencia nos da autoridad para reclamar y nos posicionó en un rol de mediadores.

Describir el *Contexto* se convirtió en un compromiso que asumimos siempre (CABA, 2010/Tucumán 2012) Hacia dentro del sistema de salud somos los actores principales del PNA , ya sea en centros de salud u hospitales de baja complejidad tanto en el ámbito urbano como rural, ya que es nuestro lugar principal de trabajo y hemos tratado de capitalizar todo lo referente a su potencial y desarrollo.

En todos los congresos y en el transcurrir de los años, hemos escuchado experiencias de muchos compañeros y compañeras que han pasado por cargos de gestión y decisión, realizando cambios dentro del sistema en el nivel local y general; incorporando la mirada epidemiológica y sanitarista. Hemos sido un poco investigadores, formadores sanitaristas y gestores.

Por otro lado --y como se dijo previamente-- ante las crisis estamos siempre alertas y sensibles a sus consecuencias planteado alternativas a seguir, siempre críticos de aquellas formas sanitarias o económicas concentradoras o generadoras de exclusión y muerte; es una virtud que nos permite ver oportunidades en donde otros ven momento de repliegue o frustración, así lo trabajamos en Las Grutas (2009).

Nuestra presencia ha ido creciendo en diferentes ámbitos, nacionales e internacionales, especialmente en la esfera latinoamericana; somos convocados ante temas inherentes especialmente al primer nivel de atención y a la formación del recurso humano propio (Potrero de los Funes 2013). También nosotros convocamos a otros actores de importancia en nuestros espacios para sumar fuerzas o debatir.

Progresivamente hemos ido formando parte de diferentes espacios por temas gremiales, laborales, ambientales y sociales. También hemos ido haciendo camino en temáticas sensibles y actuales como aquellas relacionados con los derechos de la mujer, la interrupción legal del embarazo, los derechos de los pueblos originarios, los cuidados paliativos, de personas con problemas crónicos de salud, pueblos fumigados y uso de plantas medicinales. En todos estos ámbitos contamos con referentes de trayectoria.

Todo indica que nuestro **rol de actor** crece en el sentido de posicionarnos como referentes nacionales de las luchas por la salud, generando propuestas contra-hegemónicas, intercediendo, convocando, generando debates pero también desde la tarea activa con reclamos y llamados a cambiar la realidad constantemente; uniéndonos con otros que también están en luchas similares, acercándonos a la idea y acciones propias de un movimiento social.

Ser parte, sumar a otros

¿Somos un movimiento ideológico? ¿Somos un movimiento social? En tanto tenemos una creencia o visión del mundo, más concretamente en el campo de la salud y en tanto entendamos que enfrentamos necesidades y demandamos políticas, buscando un cambio social, las respuestas a ambas preguntas debería ser un sí rotundo.

Como todo movimiento buscamos un *cambio*, en este caso aquel cambio que modifique condiciones de vida ya que nuestra concepción de la salud se basa en este principio: la construcción social de la salud. Hemos desarrollado acciones para lograrlo con mucho esfuerzo y perseverancia; aunque quizás debamos plantearnos la eficacia de las mismas en términos materiales y cuál ha sido su valor simbólico.

La construcción de nuestra identidad, nuestras propuestas y nuestro rol social, --procesos siempre en revisión, ajuste y crecimiento-- también nos permiten observar que ya sea por exponer el contexto a través del contacto que hemos tenido desde siempre con las comunidades; el compartir y acompañar con comprensión y solidaridad situaciones de vida e incorporar gradualmente la participación directa a través de grupos y asambleas hemos comenzado un proceso de real unión de los equipos con las personas y familias.

En los congresos, pasamos de a poco a incorporar a **la comunidad**, a través de los encuentros de grupos, los cabildos y las dinámicas de asamblea que resultaron en la posibilidad de generar documentos u opiniones consensuadas con una gradual pero continua participación, incorporando estos espacios como parte fija de todos los congresos y de esta forma haciendo realidad nuestra voluntad de sumar miradas y actores. De esta forma, la voz de las personas con las que compartimos todos los días cada vez se escucha más fuerte.

Pero no es solo una participación testimonial; basados en el respeto por la singularidad de las personas reconocemos saberes y experiencias de vida diferentes que enriquecen cualquier proceso de búsqueda de la salud; desde la concepción misma de la salud y la vivencia de esta como un derecho ya sea por reclamos para la obtención de insumos necesarios o por respetar la experiencia de vida ante una dolencia, por todo esto es posible gradualmente ir pensándonos juntos, en situación de igualdad real.

Estas propuestas que venimos haciendo cada vez con mayor fuerza, traduce nuestro compromiso de siempre con los **procesos de participación activa**. Durante mucho tiempo hemos hablado por un lado de “nosotros” como médicos y luego como equipos y por otro de la “comunidad”; hemos hablado de la “cercanía” y del “acompañamiento”, hemos hablado de ciudadanía y sujeto social, palabras e intenciones que de alguna forma revelaban las distancias existentes; el trabajo con **Grupos** que se viene desarrollando en varios puntos del país es uno de los puntos centrales al hacer realidad la unión entre teoría y práctica, la participación de estos grupos en los congresos a través de **las Jornadas de la Comunidad** fue otro paso significativo, así como acompañar a las Comunidades que están bajo amenaza por los agrotóxicos; incorporar saberes como los de las plantas medicinales reconociendo saberes populares y generar un espacio como el **1er Cabildo Abierto en Salud (Sta Fe 2015)** han sido nuestros primeros pasos.

Hoy asistimos a un paso más en este camino: ver sentados en una de las mesas centrales de nuestros congresos (Bariloche 2016) a miembros de esa comunidad activa. Lo hicimos porque los pensamos de una forma diferente y porque quizás, vemos también la realidad de una forma diferente; personas que ya sin ser “expertos”, funcionarios o referentes pueden hablarnos a todos y contribuir a un pensamiento nuevo.

Basados en un **conocimiento personal y grupal generado en la experiencia de vida** vienen a traernos aire fresco y nuevas fuerzas. Nos hablaron por igual y en primera persona de sufrimientos y de esperanzas, de luchas y de nuevos conocimientos; podríamos decir que nos hablaron de la Salud con mayúsculas. ¿Qué podemos decir al respecto? Nada, solo escuchar y aprender.

Como movimiento tenemos la posibilidad de sumarnos a otros y a otras luchas, haciendo realidad más espacios como estos, seguramente así haremos más real y posible que cuando hablemos de comunidades no lo hagamos guardando distancias sino realmente estando junto con ellas.

Pero no solo nos consideramos un movimiento sino que podemos formar un movimiento más amplio. Existen experiencias regionales en esa dirección; como la del SUS en Brasil a la que siempre miramos con respeto.

¿Con quienes podríamos dialogar y sumar fuerzas? Un movimiento nace de redes preexistentes y es así como existen muchos movimientos dentro del Campo de la

Salud con los que hemos estrechado lazos: sindicales, académicos, de trabajadores, ciencias sociales—con los que compartimos visiones y luchas pero también existen aquellos que sin estar estrictamente dentro del campo defienden derechos relacionados con la Salud y con las cuales existen vínculos de afinidad, confluencias y visiones similares: feministas, ecologistas, indigenistas, de economía alternativas, del mundo del trabajo y también aquellos académicos de historia, política, justicia, geografía humana y economía crítica.

No solo representan *historias de lucha y compromiso* sino también **ontologías nuevas del mundo**: aquellas que intentan conciliar el mundo natural y la cultura humana en una relación más equilibrada e integrada, basados en los derechos de la naturaleza; la ética del cuidado humano y con el entorno, las alternativas al modelo de desarrollo como la des-mercantilización y la descentralización, la tierra como bien común, dando valor al territorio, lo local y a lo micro-social, la vida vs la acumulación, el buen vivir entre otras filosofías.

Muchos de ellos comparten con nosotros territorios, otros comparten problemáticas y formas de lucha; otros comparten saberes y formas de conocer la realidad, es decir que nuestras confluencias pueden ser no exactas, sino aproximativas, y afines.

¿Cómo podemos confluir? Juntarnos y visualizar juntos las coincidencias y las diferencias; buscando construir algo fundamental: “lenguajes puente” es decir palabras de uso común que tengan el mismo significado; saber que la “construcción social de la amenaza” puede unirnos y que desde estos lugares diversos generar un conocimiento nuevo: científico y popular al mismo tiempo.

¿Cuáles han sido las características de los movimientos que han tenido y tiene éxito en los últimos tiempos? sobretodos aquellos eco territoriales centrados en las luchas ambientales y sociales; al decir de Maristella Svampa: “aquellos movimientos que combinaron en su mirada y en su acción una mezcla de activismo directo e indirecto, la utilización de herramientas legales, pluralidad de organizaciones, redes amplias, horizontalidad en el debate y la toma de decisiones, el uso de una epidemiología popular basada en investigar lo que nadie investiga y de esta forma enfrentar a las elites y su conocimiento validado y un saber experto independiente”

En suma; pensarnos y pensarlos como movimientos que pueden ser vistos desde tres entradas fundamentales: entradas desde lo filosófico, lo ambiental y desde las luchas sociales.

Compromiso y cambio. Uniendo pasado, presente y futuro de la FAMG

Recorrer nuestra historia nos muestra los cambios que hemos tenido; un suerte de *evolución colectiva* en relación a los cambios en nuestro país, así también como hacia adentro: reconocernos en nuestra identidad, nuestras capacidades en relación a aprendizajes que hemos tenido que hacer. Diferentes caminos con sus aciertos y errores nos han permitido “estar ahí” siempre y con las ganas siempre renovadas.

El tiempo actual nos obliga a pensarnos múltiples, desafiándonos a la integración y a buscar incansablemente modalidades de debatir, organizarnos, negociar y consensuar constantemente entre nosotros ya que pertenecemos a algo más grande que personas, grupos o asociaciones. Solo si entendemos esto podremos generar convivencias creativas tolerantes y productivas que hagan atractivo el pertenecer y compartir identidad.

Podríamos afirmar que hemos adherido a una “**ética del cambio**” con el desarrollo de herramientas éticas y de conocimiento para poder hacerlo (La Pampa 2014) y estos cambios renuevan nuestro compromiso con un futuro que nos convoca.

Hemos sido coherentes, reclamando cambios, pero al mismo tiempo haciéndolos hacia adentro de nuestro grupo. Y no podremos completarlos si no pensamos en renovar *las prácticas*; aquellas prácticas propias de cada una de las disciplinas que conforman nuestros equipos; buscando siempre la especificidad de equipo más que de disciplinas, una tarea profunda que involucra ideologías y paradigmas, como matriz o núcleo central de las mismas.

En este camino hemos oscilado entre grandes ejes, por un lado, el debate de los grandes principios sanitarios y sociales que determinan nuestro trabajo y nuestra realidad y aquellos que determinan el día a día de los equipos y de las comunidades.

Quizás más los primeros que los segundos, y quizás también con la necesidad de realizar síntesis entre los dos. Nuestras investigaciones también han intentado acompañar este proceso, dándose el debate – como eco de aquellos en otros ámbitos sanitarios y del conocimiento- entre las posturas que intentan saldar la oposición de metodologías cuantitativas y cualitativas, (expresiones de elección de un objeto de estudio complejo así también como de poder hacernos preguntas cada vez más integrales de la realidad) así como de formatos que describan procesos y no intentan solo traer evidencia.

Al reconocer que nuestras prácticas de salud son parte de las **Prácticas Sociales**, podemos analizarlas en sus partes constitutivas: *Objeto; medios de trabajo, trabajo propiamente dicho, agentes y las relaciones técnicas y sociales* (Méndez—Goncalves 1996). De esta forma nuestro trabajo se enmarca en las relaciones históricas de nuestra profesión, nuestra pertenencia social, la historia de nuestro país, de Latinoamérica y de fenómenos de alcance global.

Solo entendiéndoles como parte de un proceso relacional se pueden conocer las fuerzas en juego y las reales posibilidades que están a nuestro alcance.

Tenemos muchos desafíos por delante, algunos muy cercanos y coyunturales, otros de más largo plazo; hemos enfrentado en el pasado obstáculos que parecían difíciles y que generaban frustración y desencanto, pero de una forma u otra han podido ser superados.

Siempre el deseo renovado nos ha impulsado: esperemos que siga siendo así y muchos otros puedan sumarse; lo necesitamos para seguir avanzando y transformarnos - como expresara el poeta- en fuegos que enciendan a otros fuegos.

Enero-Agosto2017

José María Ali Bouchoud

Médico Generalista

Insumos usados para la escritura

- ❖ DECLARACION DE EL BOLSON, 16 DE NOVIEMBRE DE 2003.
- ❖ DOCUMENTO DE POTRERO DE LOS FUNES 2006
- ❖ DECLARACIÓN DE "SALUD DEL LITORAL ARGENTINO". FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL EN EL MARCO DEL XXX CONGRESO NACIONAL, REALIZADO EN SANTA FE. 2015
- ❖ DECLARACION DE BARILOCHE. Hacia una política del encuentro en Salud.2016
- ❖ MESA CENTRAL. XXXI Congreso FAMG Las condiciones del encuentro con el Otro. Tecnologías relacionadas en salud. E. Merhy. A. Camblong. A. Tesolini. Bariloche 2016
- ❖ MESA CENTRAL. XXXI Congreso FAMG Trayectorias de vida en la construcción colectiva de la Salud. T. Reisman. L. Moro. S Gatica. Bariloche 2016
- ❖ MESA DEBATE. XXXI Congreso FAMG - Programas, territorios y micro políticas en salud. H. Spinelli. E.Merhy. Bariloche 2016.
- ❖ MESA DEBATE. PROPUESTAS PARA UNA LEY NACIONAL DE SALUD. XXIII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL .24-25 DE OCTUBRE DE 2008.ROSARIO – SANTA FÉ
- ❖ DOCUMENTO FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD HUMANA. Síntesis de la reunión de autoridades de las carreras universitarias de la salud, de la región pampeana y patagónica, y de representantes del Ministerio de Salud de la Nación. XXIX CONGRESO

NACIONAL DE MEDICINA GENERAL, *FEDERACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA GENERAL (FAMG)* SANTA ROSA (LA PAMPA) 5, 6, 7 Y 8 DE NOVIEMBRE DEL 2014

- ❖ CONSIDERACIONES SOBRE UNA LEY NACIONAL DE SALUD. Conclusiones de los talleres realizados en el marco del XXII Congreso Nacional de Medicina General, 16 DE NOVIEMBRE DE 2007 SANTA ROSA – LA PAMPA
- ❖ DISCURSO INAUGURAL. PRESIDENTE FAMG. Rafael Pasarini. XX Congreso Nacional de Medicina General La Plata, 18 noviembre 2005. Veinte años de Coherencia.
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Rafael Pasarini. XXI Congreso Nacional de Medicina General, 17 de noviembre de 2006. Potrero de los Funes- San Luis.
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. . Rafael Pasarini. XXII Congreso de Medicina General Santa Rosa, La Pampa.
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Rafael Pasarini. XXIII Congreso Nacional de Medicina General 23 de octubre de 2008 Rosario – Santa Fe
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Rafael Pasarini. XXIV Congreso Nacional de Medicina General 12 de noviembre de 2009 Las Grutas – Rio Negro
- ❖ MESA CENTRAL RESPUESTAS A LAS CRISIS. COMO APRENDEMOS A ENFRENTARLAS. Rafael Pasarini .XXIV Congreso Nacional de Medicina General 12 de Noviembre de 2009 Las Grutas – Rio Negro

- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Horacio Boggiano. XXV Congreso Nacional de Medicina General. Hotel Bauen- CABA, 11 de nov. 2010.
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Oscar Di Marco. XXVII Congreso Nacional de medicina General. Noviembre de 2012. San Miguel de Tucumán
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Rafael Pasarini. XXVIII Congreso Nacional de Medicina General 6 de Noviembre de 2013. Potrero de los Funes – San Luis.
- ❖ DISCURSO INAUGURAL PRESIDENTE FAMG. Gonzalo Soria. XXIX Congreso Nacional de Medicina General Noviembre de 2014. Santa Rosa, La Pampa.
- ❖ MESA CENTRAL: 30 AÑOS DE HISTORIA EN SALUD: UNA MIRADA RETROSPECTIVA. Rafael Pasarini. XXX Congreso Nacional de medicina General. Santa Fe, Octubre de 2015.
- ❖ Paim J. Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.
- ❖ Schraiber L, Baptistella Nemes M I, Mendes-Gongalves R B. (Organizadores) Salud del Adulto. Programas y Acciones en la Unidad Básica. San Pablo: Editorial Hucitec. San Pablo, 1996.
- ❖ Maristella Svampa. VIII Coloquio Anual "Diversidad en Ciencias-Ciencias Diversas". Ambiente, Sociedad y Transformaciones en

Perspectivas Trans disciplinarias. Conferencia: La agenda socio ambiental en la región latinoamericana: **conflictos, disputas y horizontes**. Noviembre 2016

- ❖ VIDEO INAUGURAL. Congreso FAMG 2005 - 20 años DE LA FAMG
- ❖ Videos de congresos, jornadas y encuentros/
Fotografías/Programas de Congresos. Videoteca FAMG. Archivo personal