

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.
Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud

Jaime Breilh

2012

Artículo publicado en: *La Tendencia*, 13 (2012): 106-111.



laTendencia

—revista de análisis político—

Pablo Ospina
Decio Machado
René Maugé Mosquera
Gaitán Villavicencio
Juan Cuvi
Omar Simon Campaña
María Arboleda
Alejandra Santillana
Margarita Aguinaga
Gayne Villagómez W.
Alberto Acosta
Juan J. Paz y Miño Cepeda
Diego Borja Cornejo
Diego Carrión Sánchez
Edgar Isch L.
William Sacher
Carlos Larrea
Carina Vance Maffa
Jaime Breilh
Agustín Grijalva
Juan Carlos Coéllar M.
Ileana Almeida
Alejandro Moreano
Natalia Sierra
Daniel Gudiño
Luis Lopez
Manuel Espinoza
François Houtart
Fernando Vega

13 abr/may 2012

Director

Francisco Muñoz Jaramillo

Consejo Editorial

Jaime Arciniegas, Augusto Barrera, Jaime Breilh,
Marena Briones, Carlos Castro, Galo Chiriboga,
Eduardo Delgado, Julio Echeverría, Myriam Garcés,
Luis Gómez, Ramiro González, Virgilio Hernández,
Luis Maldonado Lince, René Maugé, Paco Moncayo,
René Morales, Melania Mora, Marco Navas, Gonzalo Ortiz,
Nina Pacarí, Andrés Páez, Alexis Ponce, Rafael Quintero,
Eduardo Valencia, Andrés Vallejo, Raúl Vallejo,
Gaitán Villavicencio

Asistencia de Coordinación

Wilma Suquillo
Natalia Rivas

Edición

María Arboleda
Raúl Borja

Portada

Recreación fotográfica de *Day and Night*
de M. C. Escher, por Verónica Ávila

Diseño y gestión de imágenes

Verónica Ávila / Activa Diseño Editorial
2285545 • 094981522

Impresión

Gráficas Iberia

Auspicio



FES - ILDIS
Avenida República 500, Edificio Pucará
Teléfono (593) 2 2 562 103
Quito - Ecuador
www.fes-ecuador.org

Apoyo



CAFOLIS
Sevilla N24-349 y Guipuzcoa
Teléfono: (593) 2 2 322 6653
Quito - Ecuador
www.cafolis.org

Los editores no comparten, necesariamente, las opiniones vertidas por los autores, ni estas comprometen a las instituciones a las que prestan sus servicios. Se autoriza a citar o reproducir el contenido de esta publicación, siempre y cuando se mencione la fuente y se remita un ejemplar a la revista.

laTendencia
—revista de análisis político—

La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud

A pesar de que todo el mundo experimenta en su propio cuerpo eso que llamamos salud, y tal vez precisamente por la fuerza del hecho empírico de que todos advertimos la presencia de molestares o trastornos cuando sentimos haberla perdido, es que se ha impuesto la noción de salud como un problema individual, de carácter eminentemente psico-biológico, a la que se define como ausencia de enfermedad. Desde esa visión que podríamos llamar biomédica, de la salud como ausencia de enfermedad, la política de salud suele concebirse como el conjunto de prioridades, planes, estrategias y programas que enfocan la asistencia o curación de las enfermedades que afectan a una sociedad.

En el intento por rebasar los estrechos límites de esa concepción, la Organización Mundial de la Salud OMS, con todo el peso de su aureola técnica, lanzó hace décadas una definición de salud que pretendía superar esa visión restringida, y la conceptualizó como “el completo bienestar físico, mental y social y no apenas la ausencia de enfermedad.”¹ Para los fines de situar el contenido y alcance de la política de salud, que es la finalidad de estas reflexiones, y dados los límites de este breve artículo, no cabe analizar aquí las disquisiciones que han rodeado esa definición de la OMS, sino destacar que, al hablar de “el completo bienestar físico, mental y social” se sigue reforzando una perspectiva de percepción individual, pues sólo desde las personas se pueden juzgar o percibir dichas facetas del bienestar.

El problema es que la salud no es un fenómeno esencialmente individual, ni perceptivo apenas, sino un proceso complejo que, debido al predominio de

una visión biomédica se lo reduce al estrecho límite de los trastornos individuales y su curación. La salud es más bien un fenómeno complejo que no comienza y se reproduce en las personas sino en la sociedad, y del que sólo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los individuos.

Por eso no podemos estudiar los problemas de la salud desde ese enfoque lineal y reduccionista que podríamos describirlo como “individuo-céntrico” sino desde un paradigma de la complejidad social, que reconozca que la salud es un proceso multidimensional porque abarca componentes de la estructura social más amplia, procesos del modo de vivir de las clases sociales y grupos, y también los fenómenos individuales de los estilos de vida y condiciones psico-corporales de las personas. En otras palabras en cuanto objeto, la salud abarca las tres dimensiones anotadas: general, particular y singular.

La complejidad de la salud radica también en que comparte una característica consustancial de los procesos de la sociedad humana: a la vez que hecho tangible en las tres citadas dimensiones (*objeto*), la salud existe como ideas con las que actuamos (*concepto*) y como campo práctico de acción (*praxis*). Por eso las universidades y facultades de salud, que se organizan desde una visión integral y que han roto con el predominio del modelo biomédico que fracciona el conocimiento de la salud en islas independientes organizadas alrededor de los aparatos del cuerpo, más bien trabajan alrededor de problemas en tres campos de docencia, investigación y acción: la *producción* de la salud, el *saber* en salud y la *práctica* en salud.

Lamentablemente el paradigma biomédico aun condiciona a muchos políticos, tomadores de decisiones y educadores, con lo cual se empobrece y reduce el debate sobre las políticas de salud, pues en cuanto objeto, trabaja sólo su dimensión individual y de enfermedad; reduce la salud como concepto, pues lo trabaja como los problemas que perciben las personas, estudiándolo exclusivamente desde la visión unicultural de la medicina alopática; y reduce la salud en cuanto praxis, puesto que la trabaja como acciones curativas y preventivas individuales.

1 Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948 <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>

Una vez aclaradas estas ideas básicas sobre la salud, podemos asumir el análisis del tema que nos ocupa: la necesidad de subvertir la retórica del buen vivir en sociedades regidas por estrategias de acelerada acumulación de capital, como punto básico en el replanteamiento de la política en salud.

Políticas de salud en sociedades regidas por estrategias de aceleración de la codicia y pérdida de soberanía (la lógica de la muerte)

Pareciera una desproporción hablar de sociedades regidas por la codicia y donde opera una lógica de la muerte, y peor aún hacerlo en un país como el nuestro cuyo gobierno muestra una intencionalidad progresista y su pueblo una lucidez social. Cabe entonces aclarar el argumento, trabajando lo que podría llamarse la economía política de la vida.

La vida en cualquier sociedad se desarrolla dinámicamente bajo la determinación de un gran movimiento metabólico que vincula a la sociedad humana con la naturaleza; un proceso complejo que en etapas anteriores de nuestra historia estuvo regido por la lógica de la necesidad del sujeto social. En etapas precoloniales, por ejemplo, se aplicó la lógica de la vida, de la producción del sujeto vivo, que imponía su sello al modo de trabajar, de vivir, organizar la economía y la cultura. Lamentablemente con la irrupción de la sociedad capitalista y en forma creciente a lo largo de la modernidad del siglo XX, ese metabolismo fue subsumiéndose bajo una lógica productivista de acumulación de capital y concentración de riqueza, donde el centro no era ya la producción del sujeto vivo sino la producción de mercancías —que no son otra cosa que trabajo muerto acumulado— y la distribución de los recursos y oportunidades (espacios, bienes) se empezó a realizar según una marcada matriz de poder: de clase, género y etnia.

Pues en efecto, la lógica que ensambla el modo de vivir capitalista deja de mirar las cosas por su valor de uso, y pasa a valorarlas por su valor de cambio²; esto incluye a todo: a la naturaleza, a la vida y a la salud. Un escenario donde los grandes actores económicos van imponiendo su insaciable sed de ganancia al modo de vivir íntegro, así como su forma de gobernar y de concebir la cultura, de construir los espacios y socioecosistemas. Pero si esa lógica de las mercancías o trabajo muerto tuvo un contrapunto o freno mientras rigió el contrato social, a partir de los años 80 se desató a mano suelta, y la búsqueda frenética de más rápidos rendimientos que acrecienten el negocio fue el fuelle que avivó desde entonces la implementación de un conjunto de estrategias y recursos.

Dicha aceleración de la acumulación de capital en la era neoliberal se dio por medio de tres agresivas

Lamentablemente el paradigma biomédico aun condiciona a muchos políticos, tomadores de decisiones y educadores, con lo cual se empobrece y reduce el debate sobre las políticas de salud, pues en cuanto objeto, trabaja sólo su dimensión individual y de enfermedad; reduce la salud como concepto, pues lo trabaja como los problemas que perciben las personas, estudiándolo exclusivamente desde la visión unicultural de la medicina alopática; y reduce la salud en cuanto praxis, puesto que la trabaja como acciones curativas y preventivas individuales.

estrategias que tienen un profundo impacto sobre la vida y la salud: a) una recomposición productiva basada en la revolución tecnológica —especialmente la comunicación digital y los hipermedios— que acelera y amplifica la capacidad de ganancia³; b) en ciertos espacios, el despojo radical de los recursos vitales alimentarios, minerales y energéticos por la vía militar o por medios fraudulentos como la imposición de agresivos tratados comerciales;⁴ y c) por medio del aprovechamiento oportunista de los desastres naturales y episodios del shock social que vulneran la capacidad de resistencia y defensa de los pueblos.⁵ El resultado de varias décadas de impulsiva aceleración están a la vista y se reflejan en una crisis múltiple de la reproducción social en el capitalismo: crisis económica, financiera; crisis cultural; crisis sanitaria y crisis ambiental.

En el marco de estas breves reflexiones no cabe incluir los datos que constituyen el referente empírico de las condiciones sociales de esa crisis en el país y sus secuelas en la salud. En un trabajo anterior nos adentramos en el estudio y cuestionamiento del modelo neoliberal en salud que operó en el Ecuador bajo influencia del Banco Mundial desde fines de los 80 hasta aproximadamente el 2006.⁶ Mostramos algunas tendencias del agravamiento o estancamiento de las enfermedades transmisibles; de los procesos de intoxicación y cancerígenos debidos a la exposición masiva a agrotóxicos en las empresas agrícolas; de

3 Castells M. *The information age: economy, society and culture*. Oxford: Blackwell, 1996.

4 Harvey D. *The new imperialism*. Oxford: The Oxford University Press, 2003

5 Klein N. *La doctrina del shock, el auge del capitalismo del desastre*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

6 Breilh J y Tillería Y. *Aceleración global y despojo en Ecuador: El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar - Editorial Abya Yala, 2009

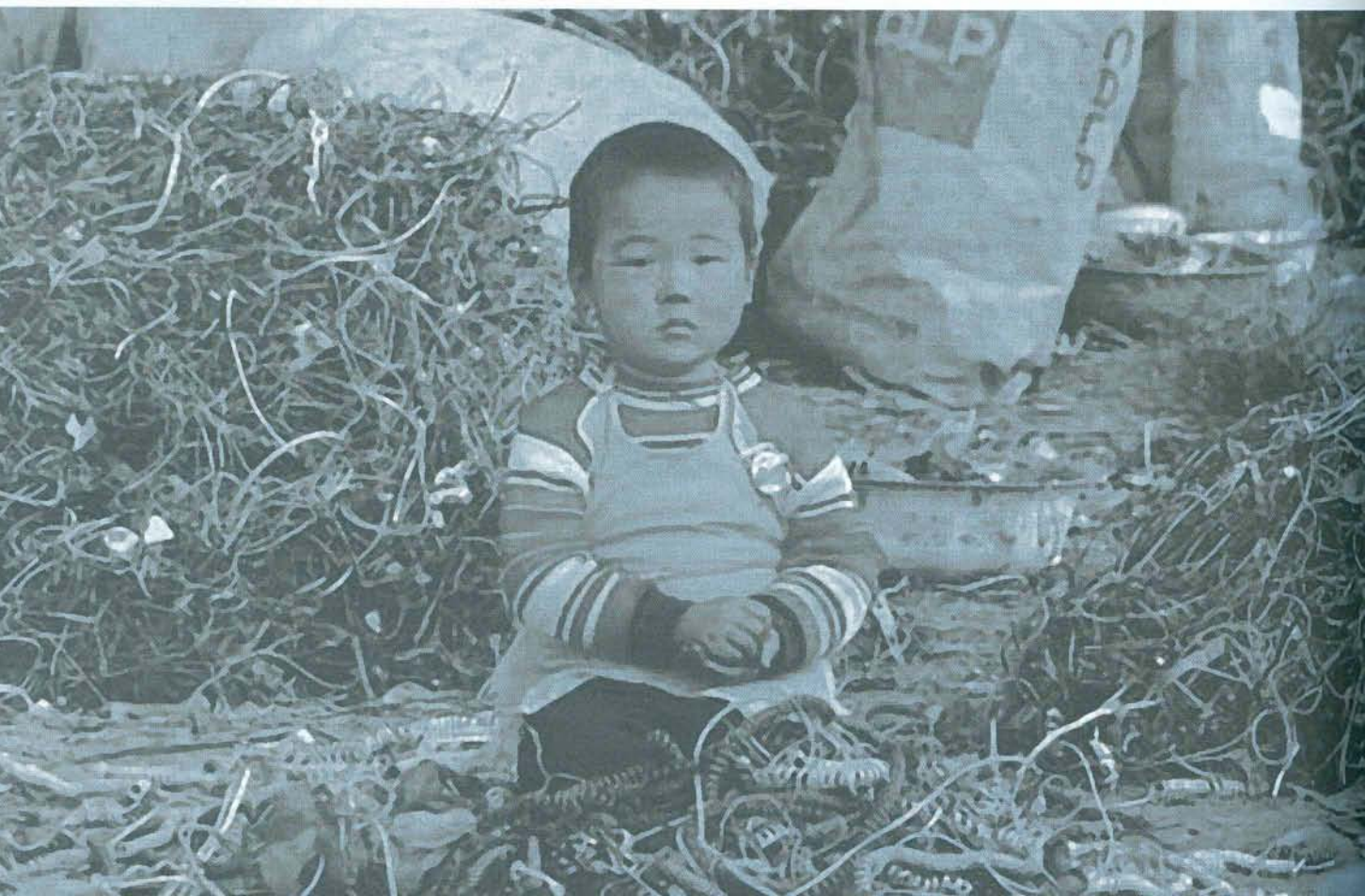
2 Echeverría B. *Valor de uso y utopía*. México: Siglo XXI, 1998.

trastornos ligados al estrés y sufrimiento mental, y otros.

No cabe duda de que no hay punto de comparación entre las condiciones actuales y las que caracterizaron a los años neoliberales, con sus políticas regresivas de reducción y baja prioridad de lo público, privatización directa, desmantelamiento de programas, mercantilización de los derechos, disminución y focalización del gasto y dependencia de fondos extrapresupuestarios. Hoy las políticas sociales del Estado por el contrario destinan importantes recursos a recuperar algunos derechos sociales y el acceso a los servicios públicos como los de salud. No hemos accedido a datos epidemiológicos y administrativos que permitan valorar con precisión el gasto y los avances logrados, pero hemos observado cambios notables en la infraestructura, equipamiento, sistemas informáticos y otros recursos de gestión de muchos hospitales y dependencias públicas de la salud en Quito y otras ciudades. Por otra parte, es también ostensible que se atenuaron algunas dimensiones y apetitos privatizados que amenazaban el desmantelamiento de la seguridad social y buscaban sustituirla, como en países vecinos, por un fraudulento sistema de aseguramiento "universal" bajo privatización radical del manejo de las fondos de pensiones. Atestiguamos más bien una privatización indirecta en el marco de una constitución garantista, que se ha concretado en la masiva contratación de servicios privados para cubrir la demanda del seguro y las unidades públicas.

Cierto es que tras el incuestionable incremento del gasto público de hoy y de la notable modernización del aparato administrativo, no hay un consistente control de la calidad del gasto y se han abierto enormes ventanas para inversiones ineficientes y burocratizadas. Pero bien, a pesar del giro llamémoslo "progresivo" respecto a la política típicamente neoliberal y a la recuperación de una cobertura pública de los servicios, hay sin embargo dos tendencias muy preocupantes que deben señalarse en esta somera reflexión sobre la política sanitaria, ya que a la larga podrían implicar una nueva derrota de la lucha constituyente por el derecho a la salud, y la consolidación del modelo de salud medicalizado y funcional a la acumulación de capital. Nos referimos primero a la tendencia de incurrir en un modelo de abultado gasto público en la compra de servicios e insumos privados, como vía para resolver la provisión de servicios; y en segundo lugar la persistencia de inoperancia e incluso complicidad del Estado, con respecto a las operaciones destructivas para la salud y el ambiente, que aplican las grandes empresas industriales, mineras y agrícolas en sus procesos productivos.

Constituye un despilfarro de recursos y energía y un verdadero contrasentido el invertir en el equipamiento y pago público de hospitales y servicios asistenciales mientras el campo preventivo está prácticamente ausente y se reduce a las vacunaciones. Es inoficioso esperar pasivamente que se agolpe en los servicios curativos esa creciente demanda de atención,



que proviene de una masa interminable de enfermos que se producen en un sinnúmero de espacios malsanos, gracias a la falta o debilidad de regulaciones, de sistemas de protección y seguridad y de programas preventivos. Así, por ejemplo, los centros de trabajo industriales, agrícolas y mineros exponen permanentemente a sus trabajadores a sustancias tóxicas, cancerígenos y accidentes, en ausencia de regulaciones y procedimientos de seguridad efectivos. Igualmente, miles de consumidores ingieren alimentos industrialmente contaminados con químicos, hormonas y otros elementos patogénicos que se usan en la producción, mientras es prácticamente inexistente una normativa y recurso técnicos de monitoreo de la bioseguridad.

Vivimos en definitiva expuestos a modos de vida malsanos que son procesos estructurados por un modelo de civilización que nos induce a trabajar, consumir y pensar mal, un modelo civilizatorio estructurado para ventaja de los negocios de escala, que opera como una maquinaria de producción y reproducción de enfermedad.

Aun las enfermedades infecciosas, que son de origen y tratamiento perfectamente conocidos, como el dengue, el paludismo, las enfermedades diarreicas, o la vieja tuberculosis, siguen acumulándose en el Ecuador del siglo XXI a pesar de las crecientes inversiones en servicios de salud, no únicamente por la ineficiencia de los servicios, sino gracias a la proliferación de espacios de urbanización caótica, donde habitan las clases desposeídas en hacinamiento y condiciones precarias de marginalización, mal alimentadas y vulnerables, expuestas a severas carencias de infraestructura. Una sociedad clasista y subordinada a la lógica de los grandes capitales productivos e inmobiliarios, produce y reproduce ciudades donde la segregación injusta del espacio urbano genera barrios de tercera y cuarta clase que son los escenarios propicios para la multiplicación de fuentes infectivas, el aumento de la virulencia de los parásitos, la alta densidad de insectos y otros vectores de propagación. Y entonces, en ausencia de una política y una cultura de protección de la vida y prevención integral, se impone una respuesta convencional y medicalizada a estos problemas, que se enfoca en los efectos y descuida los hechos determinantes. De ahí resulta entre otras, una consecuencia nefasta de estas distorsiones que es el uso indebido y a mano suelta de antibióticos, sea por prescripción o automedicación libre, casi siempre en ausencia de protocolos rigurosos que eviten el aumento de resistencia bacteriana. Escenario propicio al crecimiento de las cifras de venta de fármacos, pero muy nocivos para la salud colectiva.

Con estos ejemplos sólo pretendemos ilustrar el contrasentido de la política actual de salud. Metafóricamente, el sistema de salud opera contracorriente, trata de curar en un mundo hecho para enfermar; invierte recursos ingentes en atender los efectos, pero no gasta un dólar en acciones consistentes de transformación y control en los espacios donde se genera y multiplica la enfermedad. Es como si un niño tratara

Vivimos en definitiva expuestos a modos de vida malsanos que son procesos estructurados por un modelo de civilización que nos induce a trabajar, consumir y pensar mal, un modelo civilizatorio estructurado para ventaja de los negocios de escala, que opera como una maquinaria de producción y reproducción de enfermedad.

de empujar un pequeño barquito contracorriente en un río caudaloso; cuestión que no solo sucede en nuestro país, pero que es especialmente absurda en un régimen que propugna una revolución en salud.

Quisiéramos ver la misma energía y normativa estricta que se aplica en el perfeccionamiento del sistema tributario, implementarse en la construcción de bioseguridad humana y ambiental en las empresas; quisiéramos ver que el discurso de la nueva arquitectura financiera deje de ser retórica para convertirse en un recurso de construcción de equidad agraria, de defensa de las pequeñas economías campesinas de las que depende nuestra soberanía alimentaria, de implementación de un programa nacional de certificación de empresas que produzcan bajo estándares de protección de la bioseguridad, de respaldo a la sustentabilidad de las pequeñas economías artesanales, comerciales. Quisiéramos que el importante programa de apoyo educativo y becas tenga no un direccionamiento ciego hacia la formación de cuadros de la gran producción, sino hacia las ciencias del desarrollo alternativo, agroecológico.

La civilización del capital con su lógica de extremar las ganancias y achicar los derechos, desató un verdadero "bulldozer" global en contra del buen vivir. La inoperancia y hasta complicidad de los estados hicieron su parte y, en conjunto, terminaron construyendo un mundo cada vez más malsano e inseguro. Ya nadie, ni siquiera los más lúcidos ideólogos y dirigentes de las corporaciones transnacionales defienden los logros del sistema. El *Financial Times*, denuncia la profunda crisis de la economía capitalista y las astronómicas ganancias y sueldos de los ejecutivos, y contradice el discurso neoliberal que tanto propalaron los dirigentes de la derecha política del mundo -y varios adalides nacionales-, cuando dice: "necesitamos el Estado para salvarnos". Aun el mismísimo Francis Fukuyama, quien hasta hace poco nos vendía la idea del triunfo apoteósico del capitalismo y de que habíamos llegado a la victoria final de la sociedad de mercado —y por tanto al fin de la historia—, declaró hace poco a *Foreign Affairs* que somos testigos del impacto devastador de un mercado no regulado y del crecimiento rampante de la desigualdad.⁷

7 Breilh Jaime. La transformación social: una deuda pendiente en el país.

Y es ahora que perdió brillo el “american way of life”, ahora que el propio pueblo norteamericano se ha lanzado a ocupar Wall Street, quema sus tarjetas de crédito y protesta por la pérdida de empleos públicos; ahora que irrumpe el malestar en los pueblos de Europa y se levantan los ciudadanos de Grecia o de Islandia contra el ardid y el endeudamiento desbordado que les impusieron los truhanes de los grandes consorcios financieros; ahora que los migrantes latinoamericanos ven opacarse la bonanza que otrora los atrajo para salvar el cuello de la pobreza; en definitiva, ahora que sucumbe la hegemonía del modo civilizatorio que reinaba hasta hace poco, se produce un fenómeno ideológico con proyección en el debate de la política de salud: se vuelven las miradas a la idea del buen vivir y de revisar las bases de lo que eso realmente implica. Miremos con cuidado las implicaciones de esta valoración del buen vivir.

En las actuales circunstancias, esta idea potente puede ser un instrumento para trabajar y evaluar la conquista de una transformación real, o puede convertirse por arte de magia de la alquimia funcionalista en un recurso para reconstruir o remozar una hegemonía en crisis. El desafío radica en rescatar su núcleo e implicaciones revolucionarias y evitar que se formule un buen vivir “funcionalizado” a las tendencias ideológico-culturales que caracterizan y permiten la reproducción de la modernidad capitalista: el antropocentrismo; el progresismo consumista; el urbanicismo; el economicismo; y el individualismo.⁸ El modelo de civilización que ha engendrado la modernidad es la mejor representación del choque absurdo entre la mayor opulencia y tecnología que conoce la historia humana y los grados máximos de hambre, sufrimiento y enfermedad.

La subversión de la retórica del buen vivir: elemento crucial para pensar la política

El giro social del régimen actual y la fuerza del movimiento social han creado un contexto favorable al debate sobre el buen vivir y para la articulación de éste con el debate sobre la política de salud. No obstante debemos tomar cuidado de que esas disquisiciones no sean hegemonizadas por el funcionalismo⁹ y una visión apenas tecnocrática de los desafíos.

Quito: comentario de opinión Radio Tarqui, 27 de febrero, 2012 (audio puede escucharse en www.uasb.edu.ec/saludyambiente)

8 Echeverría B. *Modernidad y capitalismo* (15 tesis). Cuadernos Políticos [Internet] 1989 [citado 12 jul 2011];(58):41-62. Disponible en: <http://www.cuadernospoliticos.unam.mx/cuadernos/contenido/CP58/CP58.41.BolivarEcheverria.pdf>

9 El funcionalismo es una doctrina social que se ha pensado como antípoda de las ciencias de la transformación; uno de cuyos fundadores fue el norteamericano Talcot Parsons, quien argumenta la estabilidad eterna de la sociedad como un gran sistema con tendencia al equilibrio y el cambio como una pérdida momentánea de dicho equilibrio que se reajusta finalmente por la operación de funciones que cada grupo social desempeña.

A pesar del giro llamémoslo “progresivo” respecto a la política típicamente neoliberal y a la recuperación de una cobertura pública de los servicios, hay sin embargo dos tendencias muy preocupantes... que a la larga podrían implicar una nueva derrota de la lucha constituyente por el derecho a la salud, y la consolidación del modelo de salud medicalizado y funcional a la acumulación de capital. Nos referimos primero a la tendencia de incurrir en un modelo de abultado gasto público en la compra de servicios e insumos privados, como vía para resolver la provisión de servicios; y en segundo lugar la persistencia de inoperancia e incluso complicidad del Estado, con respecto a las operaciones destructivas para la salud y el ambiente, que aplican las grandes empresas industriales, mineras y agrícolas en sus procesos productivos.

El movimiento latinoamericano de la llamada “medicina social” que arrancó en los 70s -posteriormente conocido como movimiento de la “salud colectiva”-, tuvo como una de sus primeras ofensivas la lucha contra las distorsiones que el estructural funcionalismo provocó en la formulación de la política de salud. Fue así por que las concepciones de la sociedad como un sistema con tendencia al equilibrio, donde el cambio se reduce a los ajustes que no modifican la estructura, instauraron un gran paradigma de ocultamiento de las contradicciones sociales y de consolidación del reformismo¹⁰. En ese marco interpretativo se reproduce un clima intelectual pasivo, cuya primera víctima fue el pensamiento crítico.

El reformismo trabajó la salud por el lado de sus efectos en la morbilidad y mortalidad, y redujo lo social a variables como “pobreza” y “calidad de vida”, que son categorías ambiguas centradas en las carencias del consumo, y que no dan cuenta de las raíces estructurales de la inequidad y procesos destructivos en la salud. La categoría *buen vivir* corre ahora idéntico riesgo, puesto que a pesar de la retórica revolucionaria de la época, predominan interpretaciones acrílicas propias

10 Bolívar Echeverría define el reformismo como una transición social reducida a las formas pero que deja la substancia social —léase la estructura de reproducción social— intocada; cambio de formas que no empujan ni amenazan la substancia de una realidad.

del discurso tecnocrático. Como lo hemos dicho antes, si pensamos este obstáculo desde una perspectiva gramsciana, podemos presumir que esta debilidad académica va a contribuir a un empobrecimiento del pensamiento de las bases; no por que sus líderes piensen a través de los académicos, sino por que en toda sociedad en trance de cambio hay un sinergismo entre la fuerza material de las bases movilizadas y la multiplicación de ideas de ruptura; lo que en la jerga científica anglosajona se denomina *lever knowledge*.¹¹

La civilización del mercado se nos ha impuesto por vías materiales y espirituales. La primera, por medio de la dominación del trabajo, las desigualdades del mercado y “la exportación apabullante de una organización material de la vida, de un modelo para organizar la práctica del vivir que, a más de reforzar la dependencia, seduce y se complementa con novedosos mecanismos de sometimiento objetivo... Pero está también una vía espiritual o cultural de sometimiento que hemos explicado antes, descrita por la categoría gramsciana de hegemonía, la cual se ha refrescado con la celeridad y la capacidad seductora del capitalismo avanzado”.¹² Dicha materialidad capitalista del siglo XXI ha transformado los modos de vivir y la salud. Entonces, para formular una visión del buen vivir realmente emancipadora, es importante insertar nuestro análisis en el contexto de la reproducción social del capital, despojándonos de valoraciones economicistas; y hacerlo desde una conciencia profunda, no funcional, que “se oponga a la incorrección general de un modo de vida humano, no apenas a modos secundarios o derivados de comportamiento social (administrativos, jurídicos, culturales, etc.)”¹³

La construcción del buen vivir y de la salud plena no puede conseguirse sin un cambio civilizatorio basado en la conquista de una sociedad soberana, sustentable, solidaria y biosegura. No puede haber una política de salud emancipadora que no forme parte de una superación de la acumulación de capital como proceso rector, del productivismo como medio, y de la inequidad como fundamento de la distribución en la vida colectiva. Es ésta una cuestión vital para despojar a la política de salud del sesgo funcionalista que la condena a ser instrumento de un pensamiento reformista mediatizador. Sólo así podremos hablar de una política de salud con todas sus letras y dar el salto necesario de la definición de salud centrada en el individuo que cuestionamos al inicio de este breve ensayo, a la definición de sociedad saludable que hemos propuesto:



La construcción del buen vivir y de la salud plena no puede conseguirse sin un cambio civilizatorio basado en la conquista de una sociedad soberana, sustentable, solidaria y biosegura. No puede haber una política de salud emancipadora que no forme parte de una superación de la acumulación de capital como proceso rector, del productivismo como medio, y de la inequidad como fundamento de la distribución en la vida colectiva.

“La sociedad saludable implica, sobre la base de la sustentabilidad soberana y organización solidaria del convivir, el contar con la posibilidad real de modos de vida que consoliden y perfeccionen, en los diferentes espacios socio culturales, la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad.”¹⁴

La definición perfila las dimensiones indispensables de la vida humana y de un metabolismo en función de la vida. Punto de partida y guía para repensar la salud alejándonos de ese estilo de construcción de políticas y planificación, que se allana a las bases económicas, culturales y políticas del mal vivir. ¹⁴

11 Breilh J. *Hacia una redefinición de la soberanía agraria: ¿Es posible la soberanía alimentaria sin cambio civilizatorio y bioseguridad?* Quito: Ediciones SIPAE (en prensa).

12 Breilh J. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud” en *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (R Passos –organizador-). Rio de Janeiro: CEBES Coleção “Pensar em Saúde”, 2010, p.87-124, p. 98

13 Echeverría B. *De la posibilidad de cambio*. Pucuna. 1965;(6):26-33, p.28

14 Breilh J. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud” en *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (R Passos –organizador-). Rio de Janeiro: CEBES Coleção “Pensar em Saúde”, 2010, p.87-124, p. 98