

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



**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**

Jaime Breilh

2010

Coleção Pensar em Saúde



Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária

Organizador:
Roberto Passos Nogueira

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)

Direção Nacional (Gestão 2009–2011)

Presidente

Roberto Passos Nogueira

1º Vice-Presidente

Luiz Antonio Neves

Diretora Administrativa

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Diretor de Política Editorial

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Diretores Executivos:

Ana Maria Costa

Guilherme Costa Delgado

Hugo Fernandes Junior

Lígia Giovanella

Nelson Rodrigues dos Santos

Diretor Ad-hoc:

Alcides Miranda

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Conselho Fiscal

Ary Carvalho de Miranda

Assis Mafort Ouverney

Lígia Bahia

Conselho Consultivo

Agleides Aricheles Leal de Queiroz

Alcides Silva de Miranda

Alberto Durán González

Eleonor Minho Conill

Ana Ester Melo Moreira

Eymard Mourão Vasconcelos

Fabiola Aguiar Nunes

Fernando Henrique de Albuquerque Maia

Julia Barban Morelli

Jairnilson Silva Paim

Júlio Strubing Müller Neto

Mário Scheffer

Naomar de Almeida Filho

Silvio Fernandes da Silva

Volnei Garrafa

Editor Científico

Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Conselho Editorial

Alicia Stolkiner

Angel Martinez Hernaez

Carlos Botazzo

Catalina Eibenschutz

Cornelis Johannes Van Stralen

Diana Mauri

Eduardo Maia Freese de Carvalho

Giovanni Berlinguer

Hugo Spinelli

José Carlos Braga

José da Rocha Carvalheiro

Luiz Augusto Facchini

Maria Salette Bessa Jorge

Paulo Marchiori Buss

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Sonia Maria Fleury Teixeira

Sulamis Dain

Editora Executiva

Marília Fernanda de Souza Correia

Secretaria

Secretaria Geral

Mariana Faria Teixeira

Pesquisadora

Suelen Carlos de Oliveira

Estagiária

Debora Nascimento

Expediente do livro

Organização

Roberto Passos Nogueira

Edição

Marília Correia e Paulo Amarante

Revisão de textos, Diagramação e Capa

Zeppelini Editorial

Apoio

Ministério da Saúde

Organização Pan-Americana da Saúde

FIOCRUZ

D479 Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Roberto Passos Nogueira (Organizador) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010
200p. 18 x 25 cm
ISBN 978-85-88422-13-1

1. Determinação, 2. Saúde, 3. Reforma Sanitária, I. Nogueira, Roberto Passos.

Sumário

AUTORES	5
APRESENTAÇÃO	7
<i>Roberto Passos Nogueira</i>	
CAPÍTULO 1	13
A problemática teórica da determinação social da saúde <i>Naomar Almeida-Filho</i>	
CAPÍTULO 2	37
Determinação social da saúde e política <i>Paulo Fleury-Teixeira</i> <i>Carla Bronzo</i>	
CAPÍTULO 3	60
El papel del trabajo en la determinación de las desigualdades en salud Reflexión crítica sobre el Informe de la Comisión de Conocimiento sobre las Condiciones de Empleo de la Organización Mundial de la Salud (Employment Conditions Knowledge Network) <i>Silvia Tamez González</i> <i>Catalina Eibenschutz Hartman</i> <i>Iliana Camacho Cuapio</i>	
CAPÍTULO 4	87
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 <i>Jaime Breilh</i>	
CAPÍTULO 5	126
Ordem social do trabalho <i>Madel T. Luz</i>	
CAPÍTULO 6	135
A determinação objetual da doença <i>Roberto Passos Nogueira</i>	
CAPÍTULO 7	151
Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas <i>Paulo Amarante</i> <i>Eduardo Henrique Guimarães Torre</i>	
CAPÍTULO 8	161
Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso <i>Luís David Castiel</i>	
CAPÍTULO 9	180
Saúde e espaço social <i>Ligia Maria Vieira da Silva</i>	

Naomar Almeida-Filho

PhD em Epidemiologia. Professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Comitê Gestor do Observatório da Equidade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES).

Paulo Fleury-Teixeira

Filósofo e médico sanitário. Diretor e pesquisador do Instituto de Atenção Social Integrada (IASIN). Pesquisador do Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (Nescon/UFMG).

Carla Bronzo

Socióloga. Professora e pesquisadora da escola de governo da Fundação João Pinheiro.

Silvia Tamez González

Médica Cirujana. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Profesora del Área Estado y Servicios de Salud. Depto. de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de ALAMES.

Catalina Eibenschutz Hartman

Médica Cirujana. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Profesora del Área Estado y Servicios de Salud y de la Maestría en Desarrollo Rural. Depto. de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de ALAMES.

Iliana Camacho Cuapio

Pasante de Pedagogía. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Asistente de investigación. Área Estado y Servicios de Salud. Depto. de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Miembro de ALAMES.

Jaime Breilh

Decano del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar – Sede Ecuador; Director Científico del CEAS.

Madel T. Luz

Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (USP). Professora titular aposentada do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

Roberto Passos Nogueira

Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB).

Paulo Amarante

Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor e pesquisador titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (LAPS/ENSP/FIOCRUZ)

Eduardo Henrique Guimarães Torre

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (LAPS/ENSP/FIOCRUZ) junto ao CNPq. Coordenador do Caps Moxuara – Espírito Santo.

Luis David Castiel

Pós-doutorado em Saúde Pública pelo Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, Espanha. Pesquisador titular da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Representante do grupo da Escola Nacional de Saúde Pública na Red para el Estudio de la Malnutrición en Iberoamérica, do programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED).

Ligia Maria Vieira da Silva

Pós-Doutorado pela Universidade de Montreal, Canadá e pelo Centro de Sociologia Européia em Paris. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

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

Jaime Breilh

Un contexto que obliga

La convocatoria a rediscutir ahora la determinación social de la salud viene en un momento muy oportuno respecto a la lucha democrática de América Latina. La región se encuentra en una meseta histórica, con algunas potencialidades de avanzar en un proyecto de desarrollo soberano, pero profundamente amenazada y vulnerable.

Pero esta reflexión, que es en gran medida un debate acerca de la ciencia epidemiológica, no puede realizarse al margen de los procesos históricos que marcan las bases materiales y espirituales de la época. Es de elemental coherencia aprehender dichos procesos, puesto que explican la determinación histórico-social del pensamiento y de las prácticas.

Si leemos con cuidado las claves actuales de la realidad, y tomamos en serio el pensamiento crítico, podremos tomar distancia de los enfoques y pulsiones de esa epidemiología *light* que se cultiva en los espacios tecnocráticos y burocráticos, y enfocarnos más bien en el afinamiento y avance de la epidemiología como una herramienta contrahegemónica, auténticamente 'colectiva', para la defensa y promoción de la vida.

Desde el horizonte de visibilidad del Sur profundo de América, reconocemos amenazas preocupantes para la construcción de esa 'otra América posible'; por la que hemos luchado tanto, donde haya espacios sustentables y solidarios para la vida y el derecho a la salud.

La historia nos enseña que los aprietos de los poderosos los pagan los pobres con su salud y su vida. Vemos ahora como la aceleración global de la acumulación económica agudizó las

* Conferencia en el Seminario "Rediscutindo a questão da determinação social da saúde", organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, Salvador (Bahía - Brasil), 19-20 marzo, 2010.

contradicciones de los países de la periferia, estrechando cada vez más los espacios para la vida y la salud. Es un hecho que la crisis del capitalismo del primer mundo, que tanto nos golpea, está lejos de resolverse. El paliativo de la estatización de la deuda privada en Estados Unidos y los países de Europa, ahora se ha proyectado a la virtual quiebra de esos estados, cuya deuda pública equivale o supera en muchos casos al PIB. Aun la economía “fuerte” del euro ha sido colocada en tensión extrema, por la conjura ciega de los insaciables capitales especulativos (MARTÍNEZ, 2009). El asunto es tan grave que pareciera que el capitalismo avanza hacia el llamado ‘sexto ciclo’ (Kondratieff, 1956), presagiándose una eventual caída del sistema, que bien podría arrastrarnos hacia un mundo inviable no ya solamente por la vía del desempleo y la caída de salarios, sino por el desate de un desastre humano y ecológico instituido (pandemias, destrucción ecológica y guerra nuclear) (MARTÍNEZ, 2009, p. 90). Esa es la cruda realidad a la que nos vemos avocados al hacer epidemiología, diseñar proyectos y programas de salud.

Ahora bien, los problemas estructurales del Norte y los del Sur confluyeron para provocar una crisis de hegemonía, la cual facilitó el fortalecimiento de movimientos nacionales que crecieron en rechazo al neoliberalismo, y que gestaron la elección de un conjunto de gobiernos progresistas en el Sur americano. Esos gobiernos avanzaron en la dirección de revertir las recetas más letales del neoliberalismo, y han alcanzado a implementar algunas políticas nacionalistas y redistributivas en medio de estos años difíciles, pero prácticamente han fracasado en la conformación de espacios y organizaciones sustentables de ejercicio autárquico de una conducción público-social de la política. El fracaso no es solamente fruto de las distorsiones caudillistas y populistas, sino que es el resultado de una construcción no revolucionaria de la política, que se ha montado sobre un movimientismo alrededor de los caudillos, y no sobre la confluencia de una fuerte organización política – partidos, gremios, organizaciones sociales – y unas ideas emancipatorias. En el campo de la salud, la ausencia de esos dos ingredientes es evidente y, al menos en el terreno de las ideas, la debilidad o ausencia de una ciencia crítica contribuye a explicar la limitación de las demandas en salud; cuestión altamente preocupante cuando se analiza el futuro que se abre ante nuestros ojos.

En la actualidad, el capitalismo del despojo (‘pilagem’) persiste y, aunque herido, está logrando movilizar su fuerza política y militar para detener el débil proceso de liberación del Sur americano y montar una geopolítica de contención que, de lograr sus objetivos, significará un serio golpe para los proyectos progresistas en general y de la salud colectiva específicamente. Este es un elemento vital de cualquier análisis responsable por la determinación social.

En efecto, ante la pérdida de terreno en la esfera económica, el Norte imperial vitaliza su control sobre sus espacios históricos de colonización. En el último año, cada avance nuestro contra los monopolios, o cada avance de nuestra autonomía, ha sido compensado con maniobras de fuerza; cada conquista del Sur hacia el manejo soberano del petróleo y los minerales, cada movimiento nacionalista, es seguido de operaciones del Norte imperial para consolidar su dominio. No hay tregua ni respiro para los pueblos que buscan emanciparse.

Es así como, se expandieron un conjunto de bases militares para cercar al conjunto de gobiernos progresistas de América Latina. Las operaciones militares de gran escala, se reflejan en el em-

plazamiento de 13 bases militares norteamericanas tipo *foreign operating location* (FOL), que ahora nos rodean: siete instaladas en la Colombia de Uribe en respuesta al cierre soberano de la base de Manta (Ecuador); la consolidación de la base de Soto Cano lograda gracias al golpe militar en Honduras; el logro de la cesión por parte del neoliberal presidente de Panamá de cuatro instalaciones; la ocupación de Haití a pretexto de apoyo filantrópico ante el desastre telúrico - mostrando una vez más, cuanta razón tenía Naomi Klein (2008) al denunciar el auge del capitalismo del shock y del desastre (KLEIN, 2008) -; las dos bases antillanas de Aruba y Curazao. Nos atenazan ahora con un círculo de fuego que engloba el perímetro del Sur latinoamericano (RAMONET, 2010).

La cuestión de fondo es la preocupación estratégica por los recursos vitales de América Latina. Al margen de cuanto nos simpatice o no el líder de la revolución bolivariana, el hecho es que el propio Servicio Geológico de los Estados Unidos ha calculado la reserva venezolana de crudo en más de medio billón de barriles, desplazando a Arabia Saudí del primer lugar del mundo (ZIBECHI, 2010a). Cosa similar pasa con la ampliación de la reserva petrolera atlántica del Brasil o los yacimientos de oro, cobre, uranio, litio, denunciados en Bolivia, Ecuador y otros países. A su vez, los vastos territorios de cultivos agroindustriales, de biocombustibles como los de Argentina y Brasil son ya escenarios de expansión de las gigantes transnacionales de la alimentación y los agrotóxicos, que se expanden mediante sistemas agrícolas cada vez más destructivos para la salud humana y los ecosistemas. En ese tipo de escenario, aparece lo que se ha llamado 'extractivismo progresista' (GUDYNAS, 2010).

A los fenómenos anteriores, se suma la urgencia del primer mundo instituido para reposicionar su fuerza ante el avance descollante de economías emergentes como la del Brasil y el ascenso de los capitales financieros y aeronáuticos brasileños a peldaños mayores que los de Norte América; hechos estos que suscitan también una contraofensiva geopolítica (ZIBECHI, 2010a). Y no sería completo este panorama de amenaza e intimidación – que lo traemos a colación por que presagia procesos históricos que marcarán la determinación social de la vida y la salud colectiva en los próximos años –, si no miramos la otra cara preocupante de la realidad, que es la fragilidad de los movimientos sociales y de las instituciones y espacios que defienden el bien común.

Los hechos históricos parecieran indicar que las fuerzas progresivas de América Latina aun no han logrado consolidar en el plano internacional los soportes político-organizativos ni institucionales sustentables necesarios para un desarrollo soberano. No hemos logrado implementar los elementos estratégicos que son necesarios para afrontar las amenazas que se ciernen en el horizonte. Por un lado, si bien los estados latinoamericanos han dado pasos interesantes, no es suficiente lo que se ha logrado para consensuar y ratificar formalmente las nuevas bases de integración alternativa – como la Unión de Nacionales Suramericanas (UNASUR), o la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), y los correspondientes instrumentos de concertación política gubernamental (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños). A su vez, en el ámbito internacional de los movimientos sociales, espacios como el emblemático Foro Social Mundial parecieran estar encaminándose hacia un proceso de declive (ZIBECHI,

2010b). A nivel nacional, en la mayoría de países, incluidos aquellos donde se eligieron regímenes democráticos de desarrollismo nacionalista, no hay una correspondencia entre la conquista de espacios de poder público y el grado de desarrollo político de los sujetos sociales. Siendo salud uno de los sectores que mejor ilustran la falta de desarrollo organizativo e ideológico de las bases sociales.

La paradoja mayor del momento actual es que justamente cuando la investigación ha comenzado a poner al desnudo la destructividad de la economía extractiva y agroindustrial de gran escala, y cuando los movimientos sociales han logrado algunas conquistas jurídicas en los derechos de la salud y la naturaleza¹, es cuando los gobiernos y las empresas, no sólo privadas sino también las públicas, reafirman el modelo civilizatorio imperante, su lógica productivista, su modelo energético no sustentable, y esgrimen la producción petrolera, minera y agroindustrial como la única vía para afrontar la crisis y enfrentar las apremiantes necesidades del desarrollo. Las mayores reservas petroleras, minerales y espacios agrícolas suramericanos radican justamente en los países donde podrían sentarse las bases de un nuevo modelo de sociedad, en cuyo marco sea viable el *sumak kawsay* o ‘buen vivir’, y se conquisten modos de vivir sustentables y saludables. Todo esto obviamente encarna serias implicaciones para el futuro de la salud colectiva y de la epidemiología.

En fin, ese es el contexto que enmarca la convocatoria que se nos ha formulado para rediscutir la determinación social de la salud y superar la noción positivista de los ‘determinantes sociales de la salud’.

Historia *non santa* de la epidemiología funcional: diagnósticos sesgados, construcción de la duda y quiebre ético

Un punto de referencia para nuestro análisis sobre la proyección social de la epidemiología es reconocer que la salud pública convencional ha jugado un papel importante en la construcción de hegemonía, por que al operar con aspectos de marcada valoración moral como la vida, el bienestar y la salud, las instituciones públicas ligadas a la salud, el aparato educativo y los medios de comunicación han contribuido a la dirección intelectual y moral de las clases dirigentes sobre nuestras sociedades, mediante programas y propaganda de la salud pública oficial, apoyados por universidades y organizaciones no gubernamentales conservadoras.

En todos los tiempos, el poder aplicó la epidemiología para sus fines. Un ejemplo histórico evidente de la capacidad de la salud pública funcional para operar a favor del interés estratégico de los poderosos y forjar hegemonía es el papel de la salud pública mexicana de comienzos del siglo 20 que, manipulada por la Fundación Rockefeller y utilizando como pretexto la epidemia de fiebre amarilla que asolaba al México revolucionario, logró revertir la mala imagen de la *Standard Oil* (propiedad de la familia Rockefeller) y apoyar la entrada de los norteamericanos en

¹ Los procesos constituyentes lograron plasmar en las constituciones de varios países avances importantes en los derechos sociales, de salud y de la naturaleza (i.e. Bolivia, Brasil, Ecuador).

México, mediante la penetración y el ablandamiento mediante una “inocente” filantropía, ante dicha epidemia (SOLÓRZANO, 1997).

El expediente hegemónico de la salud pública, y especialmente el de la epidemiología como constructora de imágenes de salud convenientes al poder han crecido y se han multiplicado. Unas veces tornando invisibles los procesos estructurales que determinan la salud, otras sembrando dudas sobre diagnósticos en que las comunidades basan sus reclamos, y en otras oportunidades, forjando eventos supuestamente epidémicos. El caso reciente más llamativo fue el uso de la vieja epidemiología en la fundamentación de una campaña mediática de pánico alrededor de una leve irrupción de la gripe porcícola (AH1N1) que, a pesar de su limitado impacto en la salud, fue presentada por los voceros oficiales como una pandemia viral ‘devastadora’, lo cual terminó justificando millonarios negocios de empresas como Roche y GlaxoSmithKline. En Europa hay un malestar creciente y preocupación por lo que se ha denominado las presiones del *lobbying* de las transnacionales sobre las decisiones de la OMS y el British Medical Journal recoge las denuncias sobre las anomalías de los procedimientos irregulares de la epidemiología oficial de México sobre el foco original de la pandemia porcina (LAURELL e HERRERA, 2010).

En otras palabras, hay una historia *non santa* de la epidemiología de la que debemos tomar conciencia, no sólo para profundizar en el análisis de las políticas involucradas, sino por que ese tipo de distorsiones de la visión y quehacer epidemiológicos se fundan en formas erradas de comprender la determinación de la salud.

Hay que reconocer, entonces, que si bien las urgencias y desafíos para la epidemiología se han complejizado, ningún desafío es tan grande y difícil como el desburocratizar la epidemiología y devolverle sus raíces humanas.

La epidemiología como brazo ‘diagnóstico’ de la salud colectiva sufre las tensiones, impulsos y obstáculos de todo conocimiento que contribuye a definir la imagen de la realidad, así como del éxito o fracaso de las políticas. La información epidemiológica se torna cada vez más un instrumento socialmente valorado, pues sustenta - según cómo esté estructurada -, argumentos sobre la eficacia de las políticas, o sobre su fracaso. Con la epidemiología, se pueden construir informes o peritajes permisivos a favor de las grandes empresas, o se puede defender la vida de las colectividades. Esa circunstancia histórica nos llevó a sostener a comienzos de la era neoliberal que la epidemiología se construye ‘entrefuegos’ (BREILH, 1987). En este punto nos atrevemos a pronosticar que, de darse un nuevo giro del timón político en América Latina hacia gobiernos que vuelvan al capitalismo acelerado y agresivo, entre las primeras víctimas, epistemológicamente hablando, estará nuevamente la determinación social de la salud.

En el marco de esa peligrosa realidad es que surge la rediscusión de la perspectiva de la determinación social. A nuestro modo de ver, estamos ahora rediscutiendo los enfoques de la determinación movidos por dos presiones principales: por un lado, para algunos, la influencia de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre “los determinantes sociales”, que sin duda activó esa preocupación; para otros, que hemos empujado la noción de “la deter-

minación social”, la necesidad de vitalizar una línea cuya construcción la iniciamos en los años 1970. Estos son dos motivaciones válidas, dos móviles para poner a punto el debate.

Sea cual sea el móvil que nos inspire, el hecho es que se hace urgente impulsar una epidemiología que contribuya a explicar, que integre las distintas miradas desde las cuales se puede observar la afectación de la vida, y que apoye la movilización social organizada. Nuestro quehacer epistemológico y perfeccionamiento metodológico, si bien encarnan un desafío académico serio, deben realizarse en el seno de la praxis, junto a las organizaciones sociales en lucha, sin aislarse como un fenómeno academicista. En otras palabras, el esclarecimiento conceptual y la consolidación metodológica del trabajo de investigación sobre la determinación social de la salud tienen que darse en íntima relación con las pulsiones y necesidades estratégicas de la lucha colectiva, o nos expondremos nuevamente a la hegemonía de esa epidemiología funcionalista que se impuso en las instituciones de gobierno y en varias universidades, denostando la vertiente progresiva latinoamericana.

Diez tesis sobre la determinación de la vida y la salud

El problema sujeto a debate debería ser el de la determinación social de la vida, y no apenas el de la determinación social de la salud. Por lo pronto, bástenos con argumentar que no es completa la acción por la salud humana, sin integrarla a la lucha por la defensa de la vida en la madre naturaleza, o en otras palabras, que no es adecuado y viable para la salud colectiva en el plazo mediano, enfocar todas nuestras operaciones con un sentido antropocéntrico solo en la promoción y defensa de la vida humana, sin proteger y ampliar la reproducción de la vida en la naturaleza. Podría reforzarse este argumento diciendo: no es posible hacer una epidemiología crítica eficaz y efectiva, sin trabajar complementariamente una ecología crítica orientada a la sustentabilidad; no es viable lograr modos de vida, plena y sostenidamente saludables, con sólo construir una sociedad solidaria, sin que ésta sea a la par sustentable.

Por tanto, las tesis que aquí se enuncian plantean un giro, o mejor, un ascenso del objeto de conocimiento y transformación de la epidemiología de la salud a una ‘epidemoecología’ de la vida; giro que implica la necesidad de reconstruir también el sujeto del conocimiento, y naturalmente ampliar el ámbito de análisis de las líneas de praxis/ incidencia. Abogamos, entonces, porque trabajemos tres replanteamientos, que se penetran mutuamente: un cambio de objeto, cambio de sujeto(s) y cambio de praxis.

De ser así, tendremos que concluir que las preguntas científicas deben cambiar, tanto como debe cambiar nuestra metodología debida, y como deben transformarse los escenarios y bases sociales desde los cuales formulamos nuestras preguntas epidemiológicas.

Por ese camino nos vemos abocados a nuevas urgencias y a un desafío más complejo, que implica, además la conciencia de que, si bien todos nosotros hemos crecido en el culto a la excelencia académica, ahora las condiciones de un mundo colocado al borde de su destrucción, nos exigen más que antes no confundir dicha excelencia, con un elitismo que se desentiende respecto a la lucha por la vida y que oculta su irresponsabilidad en el rigor incompleto de un preciosismo técnico.

A continuación, se resumen diez tesis o puntos de reflexión que las consideramos relevantes para repensar la determinación social de la vida y la salud.

Tesis 1 - El pensamiento epidemiológico actual está sujeto a una determinación social predominantemente pragmática y funcionalista

El papel de la ciencia es conocer para transformar. Las explicaciones van entrañablemente unidas a las acciones. La praxis no es externa y posterior al conocimiento; el conocimiento/investigación y la incidencia se implican mutuamente. Hay una interdependencia entre cómo 'miramos' la realidad, cómo la 'pensamos' y como 'actuamos' en ella. La investigación define el objeto, su naturaleza, extensión y profundidad, y desentraña los procesos críticos que lo conforman, en un espacio de acción. Pensar el objeto epidemiológico es atribuirle características y relaciones, es comprender su movimiento y desentrañar su complejidad, sus dimensiones, pero implica a la vez pensar en su transformación. Al pensar científicamente en los objetos de la vida y la salud, se aplica una matriz disciplinar y una metodología, pero a la vez aplicamos – sepámoslo o no – una perspectiva ética y un conjunto de valores sobre la práctica. (Figura 1)

Pero todas esas operaciones ocurren en un espacio social concreto, donde existen diversos tipos de sujetos sociales, con sus intereses inmediatos y estratégicos. Un espacio donde, por tanto, ocurren relaciones de poder y contradicción entre intereses opuestos. Y entonces, el horizonte de visibilidad del proceso en su conjunto, así como sus proyecciones estratégicas se definen en la convergencia entre nuestro modo de pensar sobre el objeto y las relaciones de poder del espacio de praxis.

De ese modo, la investigación epidemiológica siempre es instrumentada al servicio de intereses estratégicos y determinada por las relaciones de poder del contexto: condiciones 'generales' de la sociedad más amplia, estrechamente vinculadas a las condiciones 'particulares' directamente ligadas al trabajo científico (relacionadas con los modos de vivir, hacer, y pensar de los

Figura 1 – Conocimiento - acción

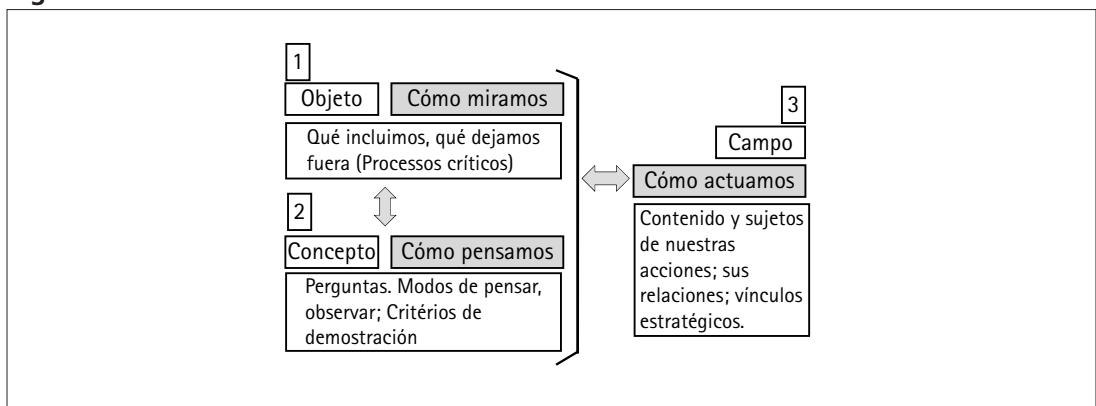
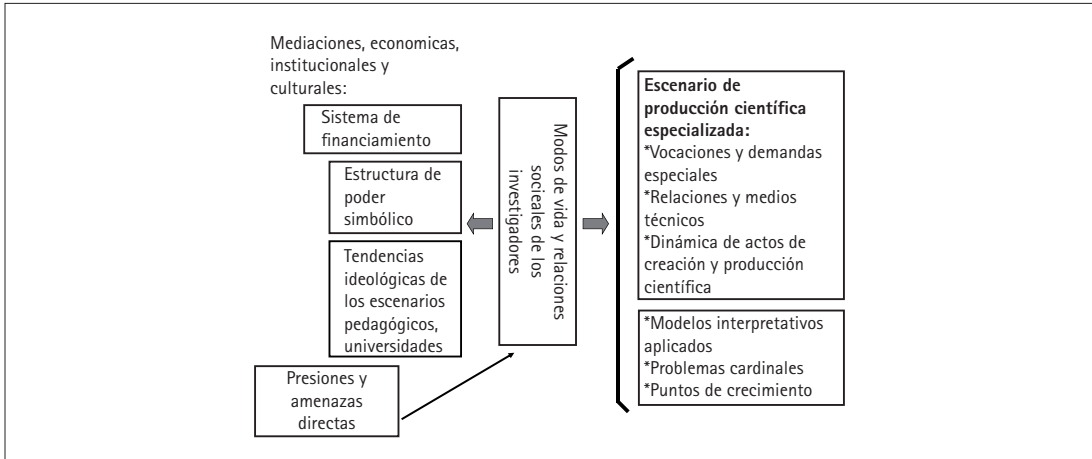


Figura 2 – Determinación general e interna de la investigación epidemiológica



científicos). Es por eso que el espacio de la praxis de los científicos, está cruzado por relaciones sociales, por las correspondientes presiones y aun amenazas del poder. (Figura 2).

En el momento actual, el peso de la acumulación de capital acelerada – como base material económica – y de una cultura proclive al modelo civilizatorio que domina, han terminado moldeando espacios institucionales, técnicos, y universidades, funcionales al poder, donde no hay mayor espacio para el pensamiento crítico en la epidemiología, fomentándose por esa vía un reafianzamiento del neofuncionalismo, tanto en las ciencias sociales como en las naturales.

Por consiguiente, la integración del modelo crítico de la determinación social de la salud en la docencia y en los espacios de gestión presupone rupturas epistemológicas e ideológicas con ese marco institucional y cultural, y la implementación de programas de investigación enraizados en la lucha de la gente, de largo aliento, para que las creativas propuestas que surgen en los foros y espacios académicos no vuelvan a ser marginadas como sucedió con nuestra producción a partir de los años 1980.

Tesis 2 - El modelo civilizatorio actual y el sistema de aceleración económica y despojo (pillaje) que lo sostiene son el gran eje de la determinación social, y son incompatibles con el buen vivir y los modos de vida saludables

La notable expansión de la economía de gran escala en las últimas tres décadas ha desatado en todo el globo un conjunto de mecanismos y estrategias para acelerar la imposición de un modelo civilizatorio que niega la vida. En el fondo de la crisis de reproducción del capitalismo, está el hecho inherente a la propia naturaleza del capital, como ‘trabajo muerto’, que orienta su fuerza productiva a la generación de objetos y medios de producción (trabajo muerto), en lugar de enfocarse en la producción de los sujetos y la vida (trabajo vivo). Este principio interpretativo de una sociedad para la vida en libertad entra en el inventario que lo mucho que debemos a Marx – el mayor crítico de la modernidad –, quien discute las condiciones netas para la reproducción de la vida: una economía vital (sustentable); una política de la vida (solidaria), una cultura de la vida (libertaria).

El modelo de acumulación acelerada acrecentó la imposición a la humanidad de una economía de la muerte, que administra las necesidades para generar más capital, es decir más trabajo muerto, que aplica el capital para extraer trabajo vivo del trabajador, planifica la muerte de los objetos para que nos veamos obligados a acortar los ciclos de compra/consumo (obsolescencia planificada), acelera la imposición de una cultura productivista extrema, y asume los bienes de la madre naturaleza como valores de cambio; un modelo de sociedad, en definitiva, que no resuelve el problema de la escasez, sino que la agudiza, e incrementa los abismos entre clases sociales y entre la sociedad y la naturaleza. El ejemplo *sine qua non* de esa 'civilización de la muerte', que se esconde tras de alguna ciencia y la tecnología, es la fuerza y modelo productivo construidos alrededor de las ingenierías extractivistas, la ingeniería química, las ingenierías automotriz, genética y nanotecnología, que son expresión máxima de la ciencia y la tecnología de la modernidad capitalista del siglo 20.²

Las grandes corporaciones y sus contrapartes nacionales han colocado la biosfera al borde de una catástrofe de proyecciones aun inimaginables. Un escenario funesto en el cual, desde una perspectiva epidemiológica crítica y centrada en la preocupación por la determinación social de la vida, es necesario plantearse: ¿Si hay realmente espacio para la vida en un sistema social centrado en la búsqueda frenética de la ganancia y productividad de las grandes empresas?; ¿Si los modos de vida que ha impuesto el sistema de acumulación acelerada, tanto en las grandes urbes, como en los espacios de la nueva ruralidad agroindustrial, ofrecen cabida para la vigencia del derecho a la salud? Cabe que nos preguntemos: ¿Qué papel corresponde a la epidemiología crítica frente a la civilización de la muerte?

Tesis 3 - Hay que superar la noción empírica de los 'espacios saludables' e introducir la perspectiva crítica de los requisitos reales de una sociedad para la vida (las 3 's')

El gran movimiento de la vida forma una unidad dinámica, la vida sobre el planeta se desarrolla bajo la determinación de un gran movimiento metabólico. Es una de las expresiones más amplias de la determinación social de la vida.

Desde el punto de vista del materialismo histórico, ese metabolismo es un proceso complejo, interdependiente, que vincula a los seres humanos con la naturaleza a través del trabajo (FOSTER, 2005, p. 246). Pero la contribución mayor del marxismo fue establecer que esa dinámica sólo puede asociarse a la libertad y desalienarse, si los productores asociados gobiernan el metabolismo humano con la naturaleza de un modo racional, poniéndolo bajo su propio control colectivo, en vez de estar dominados por él como una fuerza ciega; realizándolo con el menor gasto de energía y en las condiciones más dignas y apropiadas para su propia naturaleza. (MARX, 1975).

Dicho proceso, definido como un metabolismo, entre el ser humano y la naturaleza implica que

²Síntesis de las contribuciones del marxismo a la ciencia de la vida esbozada en conferencia de Andrés Barreda (Universidad Andina Simón Bolívar, Quito (12-08-2009); resumiendo las tesis que constan en "El Capital", tomo 3, capítulo 48; los "Elementos Fundamentales para la Crítica de la Economía Política (Borrador 1857-58). Buenos Aires: Siglo XXI, 1972 (3era ed).

[...] el ser humano, por medio de sus propias acciones, media, regula y controla el metabolismo que se produce entre él y la naturaleza... a través de ese movimiento actúa sobre la naturaleza exterior y la cambia, y de ese modo, cambia simultáneamente su propia naturaleza. (MARX, 1976, p. 215).

El ser humano establece con la naturaleza un intercambio dinámico doble: un intercambio material específico, ecológico, y un intercambio social general regulador, de relaciones universales, de necesidades de todos los aspectos y de capacidades universales (MARX, 1972).

Ahí están dos claves fundamentales para el quehacer futuro de la epidemiología crítica y la ecología política: a) el metabolismo de la vida es más que un intercambio material específico, ecológico, pues constituye un proceso social general regulador; y b) precisamente por lo dicho, no se reduce a una relación material económica sino que presupone relaciones políticas – en el sentido de la política como gestión en pro de la vida – y culturales (imaginario sobre la naturaleza y nuestra relación con ella). Punto en el cual se proyecta una interfase interpretativa con la filosofía indígena andina, por ejemplo, para la cual

aquí, en nuestro planeta, la Pacha Mama es nuestra sagrada Madre Tierra. Los árboles y las plantas, así como los animales y todo ser viviente son también nuestros parientes, ya sea como padres, madres o como hermanos/as. Dentro de este gran concierto familiar no podríamos nosotros crear nada que dañe o atente contra la naturaleza, porque así, también, dañaríamos a todo ser viviente, incluidos nosotros mismos. Por eso, toda nuestra relación con el cosmos y naturaleza es siempre de armonía, reciprocidad y convivencia. Y de este espíritu gozan todas nuestras ciencias y tecnologías que muchos lo llaman ecológicas. (PALOMINO FLORES, 2009).

La actividad humana se orienta en principio hacia el desarrollo y cuidado de la vida y el compartir los recursos de la vida, y debería cuidar el intercambio de la vida que producimos, formamos y regresamos a la naturaleza. Pero con el advenimiento de un sistema de concentración privada de la propiedad y luego de acumulación de trabajo pretérito objetivado en productos, la humanidad da un salto y rompe esa “...compleja red de interacciones necesarias para la vida”, produciéndose una “fractura entre los seres humanos y las condiciones naturales que constituyen la base de su existencia” (FOSTER, 2004, pp. 252-3).

La primera ‘S’ de la vida, entonces, es la sustentabilidad. Debe repensar en referencia a los conceptos que hemos enunciado, aclarando las ambigüedades y distorsiones que se han hecho actualmente evidentes. Es especialmente importante la confusión creada por el uso indiscriminado de las nociones de ‘sustentabilidad’ y ‘sostenibilidad’. La noción de lo sostenible forma parte del paradigma de la ‘sostenibilidad’. El énfasis semántico de “sostener” se relaciona con las nociones de ‘mantener’ o ‘continuar’. La noción de lo sustentable, en cambio, forma parte del paradigma de la sustentabilidad, y se relaciona con las nociones de ‘sustentar’ o ‘fundamentar’. El paradigma de la sostenibilidad se liga imperceptiblemente con la idea de mantener el modelo social imperante, pero ajustando ciertos parámetros “desajustados” para permitir la continui-

dad. En cambio, el paradigma de la sustentabilidad se inclina hacia la búsqueda de cambios profundos sociales y filosóficos, no sólo para un desarrollo sustentable, sino para la creación de sociedades sustentables. La 'sustentabilidad' ('paradigma de la transformación') es un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable (BREILH, 2009A).

En esa línea, se han destacado como elementos constitutivos de la sustentabilidad: primero y fundamentalmente la *soberanía* (como requisito de autárquica de la vida), así como la *solidaridad* en la reproducción social (equidad social, cultural, política, generacional y ambiental); la integralidad (como opuesto a lo simplemente sectorial o focalizado, y como algo que busca la concatenación entre todas las dimensiones del desarrollo); lo intercultural (como ruptura respecto a las visiones unilaterales y eurocéntricas que discriminan y empobrecen); el balance entre pasado-presente-futuro (no sólo en el sentido de la garantía y satisfacción de necesidades de las generaciones futuras - Informe Brundtland, 1987³ - sino de avanzar hacia la reconstrucción del propio sistema de necesidades); y finalmente, la adaptación del desarrollo a las condiciones espaciales y del medio (BREILH, 2009A, p. 10).

Las sociedades capitalistas no solo dejan de ser espacios sustentables por su orientación al trabajo muerto y la correspondiente escasa 'biocapacidad' (o baja capacidad para generar fertilidad y biomasa por cada unidad de superficie e incapacidad para reponer los recursos consumidos y para absorber o tornar inocuos los desechos), sino por su limitada 'capacidad vital o sustentable', término que hemos propuesto para abarcar la productividad integral, comprendiendo, a más de la generación de fertilidad y biomasa, la capacidad de sustentar las otras dimensiones de una reproducción social: trabajo y modos de vivir dignificantes; formas de recreación cultural e identitaria; formas de organización solidaria y soportes colectivos; y relaciones armoniosas con la madre naturaleza.⁴

La segunda 'S' de la vida es la solidaridad. Una 'sociedad solidaria' es aquella donde la estructura económica productiva se organiza alrededor de la preeminencia la vida y del bien común; donde la distribución ofrece a todos el acceso de una cuota que hace posible el buen vivir; donde se constituye un consumo consciente y colectivamente concertado, basado en una construcción consciente y equitativa de la necesidad, sin derroche, ni desperdicio y sin desproporcionar los recursos presentes y futuros; donde todos los pueblos pueden realizar a plenitud su identidad y las potencialidades de su cultura; donde la conducción de la vida colectiva ofrece a todos la posibilidad de incidir sobre el Estado y el movimiento social; donde todos disfrutan del bien protector de la organización social; y donde todos trabajan juntos por construir razonable y equitativamente un sistema de derechos y responsabilidades frente a la protección de la madre tierra.

³ Concepto de sustentabilidad popularizado por la Comisión Brundtland: "satisfacer las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las futuras generaciones".

⁴ Jaime Breilh, *Ibidem*, p. 10.

La tercera 'S' de la vida es la característica de ser *saludable*. La sociedad saludable implica, sobre la base de las dos 'S' o principios anteriores, 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.

De acuerdo con los argumentos que dejamos expuestos, es evidente que motes como 'ciudad saludable' o 'escuela saludable' terminan siendo un membrete apenas simbólico si no van unidos a la plena vigencia de las tres 'S' de la vida, eso si queremos superar la idea funcionalista de que un espacio saludable es apenas aquel que cumple con ciertas limitadas metas de indicadores epidemiológicos, los cuales, si bien registran una expresión empírica de parámetros de salud, de manera alguna reflejan un lugar donde hay un espacio para la vida y la plena vigencia del derecho integral a la salud.

Por todo lo dicho, se entenderá que no es posible forjar una sociedad soberanamente sustentable, sin una construcción social solidaria y que esas dos son precondiciones para una sociedad saludable.

Tesis 4 - La determinación social de la vida y la salud no consiste en expandir el modelo empírico a buscar 'las causas de las causas'

En cada disciplina científica y campo de investigación a lo largo de su historia, se observan categorías alrededor de las cuales se construyen los paradigmas interpretativos de diferente cuño. La epidemiología hegemónica se estancó en el paradigma interpretativo empírico analítico y en el paradigma funcionalista de la acción.

El paradigma empírico analítico se basa en los postulados del realismo, del positivismo (unidad metodológica de la ciencia) de la explicación causal y del empirismo (los conceptos como reflejos de la experiencia y del referente empírico (DAMIANI, 1996, p. 71). Cuando la epidemiología hegemónica sitúa la lógica experimental como criterio máximo de las verdades y pruebas epidemiológicas, lo que está implicado es la noción positivista de que las ciencias buscan la progresiva reducción de los conceptos a una base común: las nociones empíricas fundamentales referentes al dato y a la demostración de vínculos o asociaciones causales directas e individualizadas. De ahí que la jerarquía entre los diseños epidemiológicos convencionales se establece alrededor de grados de aproximación a lo experimental (BREILH, 2009A). La explicación casual es siempre experimental.

La ciencia epidemiológica, como cualquier otra operación simbólica, al ser "...una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad." (BOURDIEU, 1998). Ese tipo de relaciones de poder, y no simplemente las diferencias éticas o técnicas, son las que nos permiten explicar una historia de disensos científicos

en la epidemiología. En el siglo XIX, la confrontación fue entre el contagionismo conservador y la doctrina progresista miasmática. En el siglo XX, a principios fue el disenso que se produjo entre las explicaciones unicasales y la teoría social inicial, luego entre el modelo multicausal - con el paradigma de riesgo como su brazo operativo probabilístico - y lo que ahora definimos como epidemiología crítica. Es decir, en cada fase o a cada modelo hegemónico se le antepusieron históricamente interpretaciones contrahegemónicas, no positivistas y enmarcadas en un horizonte crítico (BREILH, 2010; TESH, 1988). Y cabe destacar que, durante el siglo XX, la epidemiología empírico analítica pasó por algunas fases y modelos, que los hemos cuestionado ampliamente en otros escritos, pero que constituyen simples variantes de dicho paradigma.

'Riesgo', 'Determinantes' o 'Determinación' ¿De qué estamos hablando?

En la actualidad uno de los obstáculos epistemológicos que confronta la epidemiología crítica para consolidarse, sobretodo en espacios institucionales técnicos, es el 'modelo de los determinantes sociales de la salud' impulsado por la respectiva comisión de la OMS.

Luego de la aparición de otras propuestas emanadas del '*mainstream*' oficial del Norte como las de Lalonde (1981), o el modelo DPSEEA (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; 2010), apareció la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en 2005 (OMS, 2005). El hecho de que la comisión indicada, a pesar de la retórica de "aprender de las lecciones anteriores" que consta en el propio título de uno de sus documentos iniciales circulado también en castellano, haya ignorado olímpicamente la pionera producción publicada en América Latina desde los años 1970 - que por más señas había sido reseñada en artículos de revistas de circulación universal (WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A.; LAMADRID, 2001), y que contaba ya para esos años de una sustanciosa bibliografía, registrada y sistematizada en sistemas internacionales de información como el de la Universidad de Nuevo México y SCielo-, no parece ser fruto de las barreras del lenguaje. La salud colectiva latinoamericana se había adelantado en tres décadas a la OMS, pero el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana al lanzar al mundo su modelo, y la explicación radica en el movimiento de las relaciones sociales que batallan por constituir el campo de la salud colectiva; su contenido y su práctica. La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación estructural ligada a la lucha de los movimientos sociales, no la transformación de 'riesgos' aislados, o 'factores determinantes' ligada a las preocupaciones de la burocracia internacional (BREILH, 2008a).

En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo (BREILH, 1979; 2003; SAMAJA, 1993; ALMEIDA, 2000) como reducción científica de la determinación al principio causal, y como distorsión de la realidad considerada únicamente como mundo de conexiones constantes (causales) y asociaciones externas entre factores nos permitió llegar desde 1979 a la noción de determinación como proceso o modo de devenir, por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades.⁵

⁵Trabajos como los de Breilh (1979) y, luego, Almeida (1989) asumieron la noción de determinación de Mario Bunge.

No podemos ahora ceder ante una versión remozada del empirismo analítico, por bien intencionada que posiblemente sea.

Es urgente más bien dedicarnos ahora a consolidar las contribuciones de la epidemiología crítica, alrededor de un debate que permita combinar las fortalezas de distintos aportes – especialmente los latinoamericanos, de los cuales hemos destacado varios en un artículo reciente publicado por el *International Journal of Epidemiology* (BREILH, 2008b) -, alrededor de una epidemiología, basada en el principio de la determinación social de la vida y la salud y estrechamente articulada a la incidencia respecto al movimiento social.

No sirve en resumidas cuentas una epidemiología que la haga el juego a la hegemonía, es decir, que denuncie sin revelar; que informe sin movilizar, y que enfoque factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante. Requerimos enfocar el debate alrededor de esa ruptura con la lógica empírico analítica y el causalismo, y eso implica replantearse algunas relaciones y categorías.

En un nuevo capítulo incorporado a la 7ma edición de “Epidemiología: Economía política de la salud” (“Aplicación del triángulo de la política a la reflexión crítica sobre las disciplinas de la salud colectiva, el ambiente y su relación”) y que fuera originalmente preparado para el Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina de Ecuador, hemos estructurado una propuesta, inspirada en los preceptos y relaciones planteados en el triángulo de la política de Matus (1998), sobre la necesaria articulación de disciplinas que deben integrarse en el quehacer de la epidemiología crítica.

Lo social y lo biológico: más que la conexión de variables

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga ni en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones “social-biológico” y “sociedad-naturaleza”, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación. Ese desafío lo iniciamos en los años 1970 para entender las implicaciones epidemiológicas del principio dialéctico: “la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente” (MARX, ENGELS, 1974).

Hay entonces una ‘historicidad de lo biológico’, es decir, un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza, que en el metabolismo con la sociedad humana han sido artificializados. Así mismo, hay un condicionamiento de los procesos fisiológicos del fenotipo y del genotipo de los seres humanos que conviven en un espacio socio-ambiental. Estos y aquellos tienen una historicidad, y se mueven en relación con los procesos sociales. En otras palabras, en el desarrollo de la salud de las sociedades humanas y de los ecosistemas con los que conviven, no hay espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales (BREILH, 2007). Pero hay que estar claros de que, la dimensión histórica o

humanización de los procesos biológicos humanos y ecológicos, no consiste en que los procesos físicos y biológicos del ser humano y de los ecosistemas se rijan directamente por leyes sociales, sino que lo natural tiene como necesario lo social para desarrollar su propio espacio legal, y a su vez participa en la configuración de la historia del todo social. Las formas de desarrollo social se transforman de modo continuo; no hay nada constante en la vida humana, y sus cambios están determinados por las condiciones del modo de reproducción social imperante (BREILH, 2009b).

La subsunción: una clave de la determinación

La noción de subsunción es otra de las aportaciones centrales del marxismo que permite comprender porqué la determinación social no es apenas un vínculo externo, y que, para el caso especial que nos ocupa, los procesos epidemiológicamente malsanos están inscritos en la lógica y movimiento imperante del sistema de acumulación, y no son eventos esencialmente probabilísticos, ni apenas frutos de faltas a la ética o errores técnicos.

Subsunción no es igual a subordinación o sometimiento. Marx empleó esta categoría para distinguir un condicionamiento estructurado. La subsunción originalmente descrita por él se aplica a la determinación del trabajo, distinguiéndose entre una subsunción formal, como dominación externa, coercitiva *versus* la subsunción real que es inherente inmediata y directa sobre el modo de trabajar (MARX, 1971). Varios colegas, entre ellos Laurell y Noriega (1989), han analizado más detenidamente las implicaciones epidemiológicas de la subsunción laboral.

En la actualidad, algunos autores han propuesto extender la noción de subsunción al consumo implicando que en la reproducción social actual bajo el capitalismo hay formas de condicionamiento estructurado, inevitable del consumo (VERAZA, 2008) que se comprenderían por la penetración de las relaciones de acumulación a todos los poros de la vida, formas que no pueden ser evitadas y que, desde una lectura epidemiológica, formarían parte de patrones malsanos de vida.

El hecho es que la conexión entre lo biológico y lo social, entonces, no se reduce a un vínculo externo, puesto que hay un nexo interno, esencial, dado por el movimiento de subsunción. La moderna biología establece la unidad dinámica de movimiento entre ambiente, fenotipo y genotipo, no como un proceso de adaptación de los organismos al ambiente, sino como un cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en ese cambio incide jerárquicamente la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social.

Igualmente, en contraposición a las concepciones del estructuralismo, se asume el movimiento entre los procesos de los distintos órdenes, no como el resultado mecánico de la operación de una totalidad sobre las partes, sino como un proceso dialéctico con momentos de generación o recreación y momentos de conservación o reproducción. Esa explicación es una de las contribuciones fundamentales de Samaja a la epidemiología crítica (SAMAJA, 1993).

Tesis 5 - Debemos superar la noción epidemiológica de lo social como construcción inductiva desde

lo individual (la determinación comprende los modos de vida en inequidad y, no solamente, estilos de vida malsanos)

Desde la raíz misma de la constitución de las ciencias sociales estuvo presente el debate acerca de si ¿el orden social esta determinado por imposición por fuerzas colectivas (o emergentes) o por negociación entre individuos?

Esta pregunta nodal estaba relacionada con otras interrogantes como: ¿El todo es más que la sumatoria de las partes? ¿Los conceptos y su significado se desprenden del referente empírico o incorporan pensamientos trascendentes? ¿La primacía ontológica y moral corresponde a la sociedad o al Estado? En los años de formación de la sociología europea que tanta influencia, ha tenido sobre las ciencias sociales como la epidemiología se ubicaba la confrontación entre los fundamentos filosóficos de dos grandes escuelas que, para fines de nuestra argumentación, las llamaremos: micro o macro sociales. Los moralistas escoceses y los liberales como John Stuart empujaron las nociones de la determinación micro y aquellos que pertenecían en el continente al idealismo germánico y al naturalismo francés eran los teóricos macrosociales (ALEXANDER; GIESEN, 1997). En definitiva, desde entonces, entraron en pugna dos visiones de la determinación social que tendían a absolutizarse: una posición extrema colectivista (el orden colectivo es el que determina) *versus* una posición micro (el orden individual determina).

Este conflicto permeó la epidemiología clásica que tomó partido por la perspectiva anglosajona y arregló sus articulaciones explicativas y estadísticas en el marco del inductivismo: las partes determinan el todo; encuesto a personas, recojo datos individuales (micro) y con ellas armó las explicaciones del conjunto poblacional (todo). Las partes convertidas en variables se unen mediante modelos causales asociativos que ligan variables causa (o 'independientes'), con variables efecto (o 'dependientes') cuando estas asociaciones son conjunciones constantes. Entre unas y otras variables, puede actuar las que se llaman intermedias o mediadoras que modulan o anulan el efecto. Esto es lo que describimos como una visión lineal y reduccionista y un solo plano de la salud.

Es por esa fundamentación teórica que la epidemiología empírico-analítica prescinde del razonamiento complejo de la realidad multidimensional y reduce el ámbito de comprensión y de análisis al plano de los fenómenos empíricos, directamente observables en el mundo fenoménico.

Al aplanar, la realidad asume los fenómenos epidemiológicos, levantados por vía de encuesta o entrevista, como la base del conocimiento y, al hacerlo, adopta el orden individual como el fundamento del conocimiento, montando una pseudo construcción de lo colectivo mediante modelos formales cuantitativos o cualitativos, sea que se los construya con variables o con relatos.

Para superar ese inductivismo y recuperar la adecuada capacidad explicativa de datos numéricos o relatos tenemos que recuperar la noción de complejidad. Decimos variables o relatos por que muchas veces el reduccionismo con datos cuantitativos es reemplazado por el reduccionismo cualitativo del relativismo cultural.

Para superar ese reduccionismo cartesiano tenemos que romper la linealidad de las relaciones causa-efecto como una manera de comprender la relación determinante y adentrarnos en

la complejidad de la salud que la abordaremos en la tesis 6, pero también entender cuál es la relación entre lo micro y lo macro en determinación de la vida y la salud. Quien mejor ha explicado la contribución de la dialéctica a este movimiento fue Samaja (1993, p. 115-116). Como el explica no es ni el orden colectivo (general) el que determina exclusivamente, ni lo es el orden individual; hay más bien un movimiento dialéctico entre lo micro y lo macro. Diríamos, parafraseando la explicación que él ofrece sobre la relación dinero capital explicada por Marx que, entre la parte y el todo, entre lo micro y lo macro, entre la realidad social y epidemiológica de las personas y la realidad social y epidemiológica colectiva hay un movimiento de determinación de dos vías: el todo tiende a reproducir las condiciones existentes en lo colectivo y la parte (el individuo) tiende a generar a provocar cambios en la totalidad y, a la final, ese movimiento es el que determina. Dejaremos la explicación de la complejidad de la salud para la tesis 6, y enfoquemos ahora el tema de los modos de vivir y los estilos de vida como herramientas para organizar el conocimiento epidemiológico.

Los modos de vida en el perfil epidemiológico (sistema de contradicciones que determinan los patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad)

En los espacios sociales concretos, desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interfase de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos y característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada clase. Es imposible comprender la salud de estos grupos, sin estudiar sus modos de vida (Figura 3).

Los modos de vida dependen de su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder.

Figura 3 – Modo de Vida (grupal o colectivo) – (condiciones y espacios estructurados; cambios a largo plazo)

- a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.
- b) Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistemas de acceso; patrones de consumo.
- c) Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad (clase para sí).
- d) Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes de acciones en beneficio del grupo.
- e) Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza.

Figura 4 – Estilo de vida (libre albedrío individual, variabilidad cotidiana, autonomía relativa)

- a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.
- b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación.
- c) Concepciones y valores personales.
- d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- e) Itinerario ecológico personal.

En el espacio individual y familiar, las personas concretas construyen sus vidas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida (Figura 4).

En el marco de los modos de vivir grupales, y los estilos de vida individuales que aquellos hacen posibles, se forjan formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores. En otras palabras, se va generando un movimiento contradictorio de procesos destructivos y protectores que, en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas, sea de procesos favorables (fisiológicos, soportes y defensas físicos y psicológicos), o sea de alteraciones y trastornos (fisiopatológicos, vulnerabilidades y debilidad psicológica).

A ese conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones de la vida, concatenados con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias es que hemos denominado perfiles epidemiológicos (BREILH, 2010).

Los perfiles epidemiológicos – que no son simples perfiles estadísticos sino explicaciones de la salud – varían de una clase social a otra y sufren modificaciones históricas según los cambios de las relaciones de poder que afectan los modos de vida. Sus elementos no son puramente interpretativos, sino que sirven para reflexionar sobre la acción, para organizar la prevención y promoción profundas de la vida, en relación con los procesos de la determinación social de la salud urbana y la degradación ecológica del espacio urbano, como se verá más adelante.

La inequidad: categoría fetiche o herramienta de análisis

La epidemiología es inevitablemente una disciplina de análisis de contrastes, por eso, es que en prácticamente todos los discursos epidemiológicos contemporáneos, se registran términos como ‘equidad’, ‘desigualdad’, ‘diferenciales’, etc. para implicar los contrastes sociales que existen entre distintos estratos de una sociedad a los que se compara en sus estados de salud.

La epidemiología es una disciplina que necesita recurrir con frecuencia a comparaciones y estratificación, puesto que requiere anteponer grupos poblacionales que registran ciertas ca-

racterísticas ligadas, se supone, a determinados estados y problemas de salud. Así se pueden comparar grupos por edad, por género, por rasgos etnoraciales, etc.

Ese tipo de estratificaciones puede ser válido, cuando se trata sobre comparaciones aisladas de grupos según variables específicas, pero ya no lo son cuando requerimos investigar la determinación social. Lamentablemente, la lógica que se ha impuesto en la epidemiología empírico-analítica ha provocado una gran confusión alrededor de categorías como la equidad social, o su contrario, la inequidad social, la desigualdad, etc. Por eso es que insistimos en retrotraer aquí el viejo debate sobre equidad y clase social; un disenso que acompaña los disensos en ciencias sociales desde hace mucho tiempo.

Primero, cabe diferenciar las categorías inequidad⁶ y desigualdad, cuestión que la hemos analizado en profundidad en otros trabajos. La inequidad es la categoría que define las relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social; es lo resultado de una historia de acumulación de poder y resulta de un proceso en que una determinada clase social se apropia de las condiciones del poder que son generalmente interdependientes: apropiación y acumulación económica, política y cultural, para hacerlo debe subordinar o excluir a otra u otras clases sociales. Esa inequidad es una característica importante de los sistemas de reproducción social que estudiamos epidemiológicamente, puesto que moldea los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las notables diferencias entre dichos modos de vivir de diferentes clases sociales que ya los explicamos.

La desigualdad, en cambio, es una expresión resultante de esa inequidad y expresa una injusticia en el reparto o acceso de los bienes y servicios que existen en una sociedad. Es decir, mientras la inequidad es una categoría explicativa, la desigualdad es una expresión observable de la inequidad. Ahora, bien cabe una reflexión sobre los desafíos metodológicos para estudiarlas en concreto.

Si superamos la lógica inductiva de la epidemiología empírico-analítica y comprendemos que el conocimiento de la realidad no es el reflejo de los datos tomados de unidades individuales o personas, sino el producto de una análisis de la estructura de poder y de las relaciones sociales de una formación, entonces concluiremos en la necesidad de que la epidemiología aborde siempre la determinación que se produce en la dimensión general del análisis y en los modos de vivir de la dimensión particular, todo lo cual deviene en las relaciones de inequidad que confrontan las personas y que delimitan las posibilidades y problemas de sus estilos de vida personales.

La equidad que caracteriza a una población no puede establecerse directamente por encuesta y observación de indicadores empíricos, peor aun por indicadores como ingreso, educación, tasas de cobertura o acceso a servicios, puesto que estos son elementos indicadores de desigualdad, resultantes de relaciones de inequidad, pero no equiparables a la misma. Es decir, lo que suele hacerse es encuestar a una población según ingreso, nivel educativo, entre

⁶Anglicismo que no tiene parangón en el castellano, pues iniquidad que es lo que más se le parece quiere decir injusticia; la inequidad implica injusticia pero no es lo mismo.

otros, y con esas variables estratificar la población, sea en agrupaciones por cada una de ellas o por constructos combinados.

El primer problema con ese procedimiento es que al aplanar al realidad del mundo empírico de la desigualdad, invisibilizamos las dimensiones de la determinación social, pero además al recurrir a esquemas empíricos, inductivos y formales, renunciamos al conocimiento cualitativo de la propia determinación estructural, la economía política de la determinación, tanto como a la riqueza del movimiento de los dominios particular y singular que lo podemos conocer con la antropología y la tecnografía críticas. Es decir, convertimos a la epidemiología en una operación de números y asociaciones de variables, lo cual no implica solamente un problema académico del conocimiento sino principalmente una fijación hacia una acción focalizada y funcional y desechar transformaciones más profundas.

Todos estos planteamientos enfatizan la importancia de la determinación colectiva de la salud y su preeminencia sobre los estilos de vida individuales. Es indispensable analizar la estructura de poder que determina los rasgos saludables o malsanos de los modos de vivir en el dominio particular, según la incidencia tripartita de las tres fuentes primarias de inequidad de una sociedad: la clase social, el género y la condición etnonacional, pero también hemos analizado la inequidad que estos elementos provocan en la cotidianidad y en el espacio doméstico (BREILH, 1991; 1987).

Es a partir de este tipo de análisis que podemos fundamentar los aspectos más específicos de una problemática, por ejemplo, en la investigación de los procesos transmisibles. Donde los procesos que hacen la transmisión, como la construcción de fuentes infectivas, o la construcción de patrones de exposición dependen de esas condiciones estructuradas del modo de vida, que condicionan los estilos de vida personales posibles. Como sucede, de igual forma, con los procesos que determina la infecciosidad, tal como la construcción de susceptibilidad (BREILH, 2005).

Tesis 6 - La salud es un proceso complejo, pero el reconocimiento de la complejidad no puede ser la ampliación de la misma lógica teórico-política, ni la adopción del relativismo

La problemática de salud puede ser mirada como un problema individual o como colectivo, dos dimensiones que aunque distintas están profundamente interrelacionadas. La salud individual se refiere a fenómenos de salud que se observan, explican y atienden en las personas y sus familias. La salud colectiva se refiere a fenómenos que se producen, observan y afrontan en la dimensión social o colectiva.

Lamentablemente, la mayor parte de veces cuando la gente, incluso muchos especialistas, piensan en la salud y sus problemas, les vienen inmediatamente a la cabeza términos ligados a la noción asistencial, tales como: 'enfermedad', 'enfermo', 'servicios de salud'. En algunas oportunidades, se incluyen también términos convencionalmente asociados a la prevención, tales como: 'vacuna'; 'nutrición'; 'infraestructura sanitaria', etc.

La razón por la cual esas nociones inscritas en la lógica del pensamiento convencional de la vieja salud pública se imponen, obedece a la hegemonía del llamado modelo biomédico, del paradigma positivista que lo sustenta, y de una concepción funcionalista de la práctica.

El primer paso para poder comprender la salud desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional que mencionamos. De lo dicho anteriormente se desprende que los problemas de salud no se reducen apenas a la enfermedad y la prevención como fenómenos individuales. No lo son, en primer lugar porque los hechos que llevan a la gente a enfermar no afectan sólo a una persona o a pocas personas, sino que operan potencialmente sobre toda una comunidad y, en segundo lugar, por que esos procesos no se producen, ni se multiplican, ni se distribuyen poblacionalmente en una familia o espacio individual, sino que se producen y se extienden en toda la colectividad y, más aun, en toda una sociedad.

Al abordar la salud como un problema colectivo, se comprende la necesidad de un paradigma interpretativo que haga posible superar la visión lineal y reduccionista de la salud como un efecto mórbido de causa(s) aisladas, y deviene la necesidad de comprender la salud en su complejidad. Ahora bien, la salud es un proceso complejo, pero el reconocimiento de la complejidad no puede ser la ampliación de la misma lógica teórico-política, ni la adopción del relativismo. El problema será discutido adelante.

El debate sobre la complejidad se reavivó en las ciencias sociales del siglo 21, pero no es un debate exclusivamente posmoderno o del siglo 21. La linealidad y reduccionismo del pensamiento positivista, que se impuso a lo largo de la modernidad hegemónica del siglo 20, también fueron profundamente cuestionados.

A la vuelta del milenio se produjo un sacudón filosófico y epistemológico con serios efectos sobre las ciencias sociales como la epidemiología. La crisis de la modernidad desencadenó una saludable relectura crítica de las ideas de la modernidad. Los paradigmas, como el positivismo, que se habían impuesto a lo largo de los siglos 19 y 20 fueron sometidos a un escrutinio crítico. Aun el propio marxismo clásico, que de hecho impulsó la más profunda y trascendente crítica de la modernidad capitalista, se sometió a cuestionamientos serios de algunos de sus rasgos iluministas y antropocéntricos.

En medio de ese torbellino, un cuestionamiento principal a la ciencia positivista fue el monismo interpretativo de su epistemología nomotética (nomos=leyes). Se ha resumido esa visión de la ciencia que tanto influye la epidemiología hegemónica así:

La mayoría de las ciencias sociales nomotéticas, acentuaba ante todo...su interés en llegar a leyes generales que supuestamente gobernaban el comportamiento humano, la disposición a percibir los fenómenos estudiables como casos (y no como individuos), la necesidad de segmentar la realidad humana para analizarla, la posibilidad y deseabilidad de métodos científicos estrictos (como la formación de hipótesis derivadas de la teoría, para ser probadas con los datos de la realidad por medio de procedimientos estrictos y en lo posible cuantitativos), la preferencia de los datos producidos

sistemáticamente (por ejemplo, los datos por encuestas) y las observaciones controladas sobre textos recibidos y otros materiales residuales. (WALLERSTEIN, 1996).

La idea central es que todo se reduce a leyes simples, que el camino a la verdad es el experimento, a partir de cual se accede a las leyes generales.

En contracorriente, avanzó desde 1990 la crítica contra esa racionalidad moderna imperante, y contra el positivismo como su mejor expresión en la ciencia; fue el momento en que sobrevino un movimiento epistemológico neoconservador que tuvo una gran influencia sobre las ciencias sociales como la epidemiología, y que Habermas lo definió como: "...uno de los movimientos intelectuales más virulentos y peligrosos de nuestra época" (HABERMAS, 1981). Se trata de un posmodernismo, definido acá como conservador, que enfiló su mayor esfuerzo a deconstruir los llamados metarelatos de emancipación y oponerse a toda noción de totalidad, pues dicha noción – según los posestructuralistas – no tenía cabida en una sociedad informatizada (LYOTARD, 1986). En esa misma línea, se propuso dismantelar las creencias modernas basadas en los principios de: 'unidad'; 'jerarquía'; 'identidad', 'fundamentación'; 'subjetividad'; y 'representación'; mientras se celebró los anti-principios de 'diferencia' y 'multiplicidad' en la teoría, la política y la vida cotidiana. Así, se cuestionó todos los discursos e instituciones de la modernidad, pues según esta visión, reprimen el deseo, lo colonizan, reproduciendo subjetividades fascistas que son fatalmente normalizadoras, y hacen necesaria una 'micropolítica del deseo' enfocada en 'microestructuras de dominación' (DERRIDA, 1993).

Hemos cuestionado esta visión para la cual la deconstrucción propuesta como sentido liberador terminó reproduciendo la hegemonía, puesto que en lugar de recuperar la dialéctica entre la totalidad y los individuos, entre la unidad y la diversidad, entre el orden colectivo y el orden individual, y a nombre de la liberación se recayó hacia la racionalidad de lo micro y la lógica individualista (BREILH, 1999). En las ciencias sociales y, por que no decirlo, en la propia epidemiología, se dejó sentir ese abandono de las categorías de la totalidad, ese cuestionamiento absoluto del marxismo, para el cual se propuso casi como antípoda, la supuesta superación del relativismo cultural. Un debate aun no concluido en nuestra disciplina.

La complejidad no es la ampliación de una misma lógica ni la adopción del relativismo

La salud es un proceso complejo y su complejidad radica en 5 elementos que los hemos explicado detalladamente en nuestro ensayo sobre la "Epidemiología Crítica" (BREILH, 2003)⁷ y que se resumen a continuación.

Reconocemos la complejidad del objeto salud por sus distintas dimensiones; su carácter contradictorio que le da movimiento; por que se caracteriza a la vez por tener una estructura jerárquica pero con espacios y momentos de autonomía relativa; por tener un movimiento entre la

⁷ En *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e interculturalidad* (Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003/4) al autor trabaja la categoría complejidad en la "Introducción" y sobretudo la sección dedicada a "La complejidad / dimensionalidad de la salud, p. 46-50; así como en el "Capítulo III Complejidad y realismo dialéctico", p. 119-136.

Figura 5 – Aspectos de la determinación compleja de la salud

- a) Multidimensionalidad: salud abarca espacio "macro" y "micro"; las dimensiones "general" (G)/ "particular" (P)/ "singular" (S)
- b) Carácter contradictorio de su movimiento: estructuras de reproducción y procesos de generación; así como oposición de procesos protectores y malsanos en todas las dimensiones.
- c) Jerarquía y conexión: "subsunción" y "autonomía relativa".
- d) Identidad: comunalidad (unidad) y diversidad.
- e) Sistema: abierto-irregular y cerrado-regular.

unidad y la diversidad; y por operar en ciertos momentos y espacios como un sistema dinámico abierto, de movimiento irregular, mientras que en otros es cerrado y regular. En la Figura 5 se enuncian los elementos de esta complejidad.

La salud se desarrolla, entonces, como proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular (micro). Al interior de cada una de éstas, y entre las mismas ocurren contradicciones entre la tendencia de lo estructurado a reproducirse y el movimiento generativo que impulsan miembros de los grupos sociales y las personas para transformar dichos procesos estructurados. En ese movimiento hay además una tensión dialéctica entre la unidad del movimiento y la diversidad que ofrecen los procesos más específicos. Unas veces el movimiento tiene un dinamismo regular y en otros se torna irregular o abierto.

Desde la perspectiva epidemiológica, el dominio de lo *general* (G) corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura y condicionantes epistémicos. El dominio de lo *particular* (P) es el que corresponde a las condiciones estructuradas de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones característicos de vulnerabilidad grupal a dichos procesos nocivos. Y el dominio *singular* (S) expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos (en la Tesis 5 se explica la diferencia entre modos de vida - grupales - y estilos de vida - individuales).

Los procesos de la dimensión general y particular tienden a reproducir y conservar sus condiciones. En cambio, los procesos más específicos y singulares tienden a generar nuevas condiciones desde los ámbitos más locales.

Ahora bien, dicho movimiento complejo ocurre bajo relaciones jerárquicas, puesto que los procesos más específicos y locales se encuentran subsumidos en los procesos de la lógica general, aunque tienen márgenes de autonomía relativa que les permiten generar cambios. Las grandes tendencias estructurales de una ciudad, por ejemplo, se imponen sobre la lógica de los barrios y sus procesos, aunque estos pueden desencadenar procesos contracorriente y construir formas de hegemonía opuestas a la lógica dominante. Lo mismo ocurre en la rela-

ción entre las clases sociales, grupos de género o étnoculturales y los dominios generales de la reproducción social. Puesto en términos de la economía política del movimiento, el proceso de acumulación de capital (dominio G), subsume los modos de vida de las clases (dominio P) y estos subsumen los estilos de vida y condiciones de salud individuales (dominio S), pero esa jerarquía no es absoluta sino que existe la posibilidad de un contramovimiento de los dominios más específicos sobre los más generales. De ese modo el movimiento de determinación de la salud no es producto exclusivamente de un determinismo colectivo o general, como tampoco es producto exclusivamente de un determinismo biológico psicológico individual, es más bien el resultado de un complejo proceso de determinación social que implica o presupone también el juego de las cotidianidades y posibilidades físicas y psicológicas de la vida personal que aunque no son dominantes en la esfera colectiva, si tienen un margen para el libre albedrío que hace posible la generación de acciones que, pueden sumar con otras para hacer una masa crítica de transformación.

Vistos estos dominios/órdenes y formas de movimiento que participan en la determinación social, reconocemos que son procesos complejos (es decir multidimensionales, contradictorios, jerárquicos, tienen aspectos comunes pero a la vez son diversos, y operan unas veces como sistemas regulares y en otros como sistemas irregulares), los cuales no deben ser reducidos en un paquete de factores empíricos (variables) apenas asociados linealmente. Por consiguiente, los ‘diagnósticos’ de la salud no pueden hacerse exclusivamente por esos esquemas formales cartesianos y lineales de datos del plano empírico, y sólo basarse en estadísticas y capas geoespaciales de efectos o indicadores observables, cuantificables, sino que deben integrar todas las relaciones de la determinación de una manera que permitan interpretar la génesis de dichos efectos observables.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación. Pero, no es la transformación de ‘riesgos’ aislados, o ‘factores determinantes’, o ‘determinantes sociales de la salud’ –como suele decirse en algunos círculos-, sino la incidencia sobre procesos de determinación históricos de la determinación general, y sobre los modos estructurados de vida. No se puede lograr una vida saludable con cambios de los efectos y de los estilos de vida individuales, aunque se lo haga en una campaña epidemiológica masiva, eso puede lograr mejoras pero no sustentables. Uno puede cambiar atender y cambiar un problema de salud en la consulta y eso está bien y es necesario, se puede lograr cambios masivos con operaciones masivas en individuos, y es muy bueno y necesario hacerlo, pero sólo se pueden lograr transformaciones profundas y sustentables cuando se dan cambios de la reproducción social más amplia y en los modos estructurados de vivir de las clases sociales.

Si bien el modelo OMS contribuyó a posicionar el enfoque de “los determinantes sociales de la salud”, y abrir el espectro de preocupación de cuadros técnicos, sigue atado a un neocausalismo, donde dichos ‘determinantes sociales’ son asumidos como factores externamente conectados y donde se expande la visión hacia las llamadas ‘causas de las causas’. Esto nos preocupa,

más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores. Creer, por ejemplo, que procesos estructurados como la monopolización de la tierra y el agua, la aplicación de tecnologías agroindustriales destructivas, como la expansión de sistemas productivos malsanos, fueran 'factores' sobre los que se puede actuar ingenuamente sin comprenderlos como parte de un modo histórico de reproducción social que se llama acumulación de capital y hegemonía de mercado.

Si bien el modelo OMS reconoce determinantes estructurales e intermediarios, lo hace de tal forma que es imposible establecer el nexo histórico real entre las dos instancias. Primero, los 'determinantes estructurales' están ausentes en las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), el énfasis es en lo que se llama gobernanza y políticas. En segundo lugar, en el nivel de las clases sociales, hay una versión lineal de sus componentes (educación – ocupación – ingreso-) y sesgada más bien hacia la dimensión del consumo. Finalmente, en el nivel de los determinantes intermediarios, no queda claro cuales son esas 'circunstancias materiales', si corresponde al terreno individual o al social. En definitiva, el modelo OMS a diferencia de la visión latinoamericana que hilvana a lo largo de todos los niveles principios de oposición social (acumulación/desposesión; dominación/emancipación; totalidad/particularidad).

La epidemiología crítica de América Latina ha ofrecido aportes sustanciales sobre la determinación, desde la década de 1970. Un análisis cabal de esa producción rebasa los límites de este escrito, sólo cabe destacar algunos elementos relativos a la determinación social.

Las primeras aportaciones latinoamericanas propiamente epidemiológicas sobre la determinación social, que caben destacarse a nuestro criterio por su originalidad y su grado de influencia en la región, arrancaron hacia finales de los 1970. Dos textos de clara resonancia aparecen en Brasil en 1975, que aunque no fueron estrictamente textos de epidemiología, comienzan a cuestionar el discurso hegemónico y ha señalar la importancia de una construcción social y dialéctica de la salud. Arouca con su 'dilema preventivista' (AROUCA, 1975) y Donnangelo (1975) con su 'Medicina y Sociedad'. Fue Laurell (1976) quien realizó un trabajo epidemiológico pionero, con su contraste entre pueblos mexicanos, mostrando la determinación estructural, aunque sin discutir teóricamente la categoría determinación. De Almeida Filho (1989) destaca las contribuciones de Guillermo Rodríguez y la 'pax biológica' de Ricardo Gonçalves con su cuestionamiento de la interpretación empirista de lo social, lo de Ana María Tambellini con su crítica de la causalidad y su replanteamiento de la relación biológico social en la comprensión de la enfermedad.

El primer texto explícitamente epidemiológico y enfocado ampliamente en la determinación social como objeto de estudio y categoría central de una epidemiología contrahegemónica, es nuestro, se presentó en 1976 y se publicó en 1979⁸ (BREILH, 1976, 1979).⁹ Debatimos expresamente

⁸ En la tesis de maestría del autor "Crítica a la Concepción ecológico funcionalista de la epidemiología" (México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, 197) y en la primera edición del libro "Epidemiología: economía, medicina y política" (Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979) se sistematiza por primera vez una discusión ampliada de la categoría determinación en salud.

⁹ Luego se publicaron 2 ediciones dominicanas, 3 mexicanas, una en portugués y una 7ma edición ecuatoriana que está en prensa.

la noción bungeana de determinación desde una perspectiva marxista, propusimos la categoría reproducción social para trabajar la complejidad de la salud, enfocamos una crítica del causalismo y propusimos algunas salidas para la construcción de la complejidad, multidimensionalidad y carácter contradictorio de la salud. Pero quizás, lo más importante de esa obra fue ubicar el carácter profundamente conflictivo, clasista, de la construcción epistemológica de nuestra disciplina.

En los años 1980, aparecen otros trabajos decisivos que, como ya citado por De Almeida (1989), marcan con claridad el salto de la epidemiología crítica, como el rompimiento de dos restricciones metodológicas de la epidemiología convencional. Primero, la reformulación de sus reglas de interpretación restringidas a la causalidad; y segundo, una expansión de las reglas científicas de la epidemiología, tanto en profundidad como en extensión.

Años más tarde vinieron contribuciones que profundizaron la crítica del causalismo y ofrecieron nuevas aportaciones metodológicas. Almeida (1989) refrescó el debate epistemológico al lograr una profunda deconstrucción del concepto de 'riesgo', enfatiza en la necesidad de contextualizar la relación 'exposición' – 'riesgo' en los modos de vida, y buscar el sentido o significado del mismo; encara la necesidad de una planificación pos-estratégica ligada a indicaciones borrosas y la liquidación del modelo cartesiano, sus nociones de representatividad y significación estadística. Una línea de análisis que ha merecido también el prolijo y penetrante estudio de Ricardo Ayres; quien desarrolló una reconstrucción histórica del largo recorrido de la epidemiología desde la etapa perceptiva del contagio (en el siglo 17), hacia la noción de transmisión observable (a mediados del siglo 19), y finalmente, hacia la racionalidad probabilística de la etapa enfocada en el riesgo (hacia mediados del siglo 20). (AYRES, 1997).

Almeida (1989) propuso una particular noción del 'modo de vida' como una categoría clave del análisis epidemiológico, ligada a su perspectiva antropológica y etnográfica de la epidemiología.¹⁰ La contribución de Almeida vino luego de que otros epidemiólogos latinoamericanos habían propuesto una similar noción desde perspectivas complementarias. Así, Ana Maria Tambellini (1975), Laurell y Noriega (1976), quienes la desarrollaron desde las urgencias de la epidemiología del trabajo; y en mi caso, cuando analicé los perfiles de clase como dimensión particular del 'perfil epidemiológico'¹¹ que articula las relaciones de poder de clase, étnicas y de género, las cuales condicionan patrones estructurados del vivir, en colectividades definidas (BREILH, 1979), arribando más tarde al rescate de la noción de interculturalidad como elemento para el replanteamiento del sujeto de la epidemiología.

Una contribución de grande importancia para la comprensión de la determinación la ofrecieron las obras de Juan Samaja. Su explicación de la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, explicando la capacidad generativa de lo individual y la de reproducción social de lo colectivo ha sido esclarecedora; su planteamiento lúcido de la dialéctica, que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y lo social, contribuyó a resolver un problema clave de la

¹⁰ Naomar Almeida. La Ciencia Tímida. *Ibidem*.

¹¹ Jaime Breilh, 1979, op. cit., p. 151-152; 210-219

epidemiología crítica. Samaja también estudió la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfases jerárquicas” (1992; 1993).

Cesar Victora *et al.* (1992; 1997) ha trabajado en la relación entre la inequidad socialmente determinada, a la investigación de evidencias empíricas de desigualdad, aplicando las herramientas penetrantes del análisis matemático.

En fin, apenas hemos perfilado varias de nuestras propuestas y algunas de las aportaciones de otros colegas que, en su conjunto, conforman un cuerpo teórico latinoamericano que constituye una base sólida para trajar en los desafíos que vamos identificando.

Tesis 7 – La epidemiología es responsable por promover la justiciabilidad y la exigibilidad del derecho a la salud y no de enredarse en un academicismo que termina obstaculizando la lucha, y tornándose un instrumento para la fabricación de la duda como recurso de impunidad de los poderosos

La hegemonía del modelo biomédico y su lógica se filtran a otros campos, como el jurídico, que requieren eventualmente pensar en la salud. Tal como se ha repetido a lo largo de estas tesis, el primer paso para poder comprender la salud y sus derechos desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional que mencionamos. Y, claro, jurídicamente, salta a la vista la conclusión de que el derecho a la salud, entonces, abarca más que el derecho a los bienes que factibilizan una atención curativa adecuada, sino que más bien su vigencia se vincula inseparablemente a la vigencia de otros derechos del buen vivir, como lo establece, por ejemplo, la nueva constitución del Ecuador, forjada por la lucha de los movimientos sociales y de la ‘Red por el Derecho a la Salud’ por la que trabajamos desde la epidemiología crítica:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (REPÚBLICA DEL ECUADOR, 2008, p. 29).

La determinación social de la salud, como conocimiento del espectro del derecho, plantea el desafío de una construcción de carácter crítico, interdisciplinaria e intercultural para conjuntar tanto una visión renovada del derecho como de la salud.

La proximidad creciente de la epidemiología con el derecho ha debido atestiguarla dolorosamente muchas colectividades afectadas, pero también entidades y núcleos científicos que

empujan una ciencia independiente del poder. Los escenarios de conflicto epidemiológico ambiental se multiplican y esa tendencia se refleja en la bibliografía científica, que ostenta una creciente convergencia de la epidemiología con los temas del derecho.

Evidencias de las últimas décadas muestran que los escenarios de conflicto jurídico alrededor de la salud, en gran medida provocados por la expansión económica a gran escala, determinan una presión hacia la epidemiología para interpretar la ‘causalidad’, que en este caso pesa más como problema jurídico que sanitario. La epidemiología se mueve en estos casos entre los fuegos cruzados de los estudios empresariales de una supuesta inocuidad ambiental, y aquellos que denuncian los agravios, omisiones y prácticas ilegales que padecen las comunidades.

Un ensayo reciente que analiza el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y sobretodo de la Observación General 14 (OG14) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, citando el párrafo 11 de dicha observación, recoge la idea de apertura del derecho a la salud más allá de la atención médica en casos de enfermedad para abarcar

una amplia gama de factores socioeconómicos que promueve las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y que hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano. (CARBONELL, 2009, p. 174).

En un texto muy reciente suscrito por una de las figuras de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (VENKATAPURAM; MARMOT, 2009), junto a importantes reflexiones sobre las implicaciones filosóficas y éticas de la epidemiología enfocada en ‘los determinantes sociales de la salud’ y los imperativos morales de la investigación, varias de cuyas ideas podríamos acogerlas como pertinentes, se desarrolla un cuerpo argumentativo centrado en las ‘relaciones causales’ que, a pesar de proclamar la necesidad de un nuevo paradigma, implica la reedición de los principios lineales del causalismo empírico, solo que ahora asumidos en las capas o niveles del análisis multinivel (emplean la metáfora de la estructura de las cajas chinas). Lo que estos autores proponen como alternativa es extender y complejizar la vieja noción de la cadena causal, para que abarque lo que han definido como ‘las causas de las causas’.

En lugar de desarrollar un cuerpo conceptual y metodológico que permita entender la determinación social y construir las relaciones histórico sociales y procesos estructurales que entran en movimiento para determinar la salud, se disuelven esos procesos estructurales en la forma de factores, o digamos de ‘determinantes sociales de la salud’ (nuevo membrete pero la misma esencia), solo que mejor organizados en niveles.

Adicionalmente, la epidemiología crítica otorga decisiva importancia interpretativa a la construcción intercultural de la salud. Y así, cómo lo hemos señalado en otro trabajo, considera fundamental la conjunción de sujetos y culturas en las construcciones sobre la salud (BREILH, J.; TILLERÍA, 2009). Y,

por eso, sus interpretaciones se hermanan con las provenientes de la sabiduría indígena, forjada en el marco de una lógica de vivir comunitario, y de una cosmovisión que coloca la vida y la subsistencia de la comuna en el centro, otorgando preeminencia a la noción del vivir en comunidad (*kawsay*), y uniéndola a la noción de lo bueno, protector, bello, agradable o placentero (*sumak*).

[...] la importante coincidencia entre el sentido autárquico y protector del sumak kawsay indígena empata adecuadamente con el sentido emancipador y preventivo del modo de vida de la epidemiología crítica. Las dos visiones comparten la necesaria prioridad del bien común, de la vida colectiva y de la relación armoniosa con la naturaleza, sobre la lógica e intereses privados que los coartan y deterioran.

La salud de miles de latinoamericanos va a depender de cómo resolvamos jurídicamente, por ejemplo, el choque de intereses y derechos entre quienes empujan la expansión de la minería de escala, frente a la urgencia de detener la contaminación por mercurio, cianuro y otros metales de alta peligrosidad y de proteger la vida y la salud de los mineros, de las colectividades vecinas y aun de los cultivos de alimentos de las porciones bajas de cuencas irrigadas por ríos contaminados. Va a depender, así mismo, de cómo se resuelva el conflicto de intereses entre las agroindustrias y sus sistemas de trabajo peligrosos y contaminantes, respecto a la sustentabilidad de sistemas ecológicos afectados no sólo por la contaminación sino por el consumo descomunal y no sustentable de recursos vitales (agua, bosques, biomasa).

Es el caso también de cómo se va a manejar la amenaza creciente de la electropolución por ondas como las de radiofrecuencia (telefonía móvil) en las zonas conurbanas o la multiplicación de la producción y comercialización de productos que contienen elementos cancerígenos y disruptores funcionales, como los alimentos genéticamente modificados, los edulcorantes artificiales, los colorantes, los nano-componentes de productos cosméticos, etc. Es el reto ético y jurídico de cómo proceder ante una economía de despilfarro y desecho planificado que nos impele a un consumismo generacionalmente irresponsable, y a la acumulación masiva de elementos no biodegradables que proyectan un futuro siniestro, donde jamás será viable el buen vivir que terminará convertido en una pieza retórica que engrose la arqueología de las buenas intenciones. Es el caso de la expansión de formas de crianza animal de aves, porcinos y otras especies de gran escala y cuyas consecuencias nefastas para los ecosistemas y la salud han sido ampliamente documentadas.

La epidemiología crítica es una herramienta para consolidar la vigencia del principio de precaución, que es un instrumento fundamental de justiciabilidad.

La categoría 'perfil epidemiológico' que hemos propuesto abarca los elementos sobre los que se debe construir la justiciabilidad: un perfil de procesos saludables/protectores y un perfil de procesos malsanos/destructivos. Si queremos defender la vida y la salud, y promoverlas, tenemos entonces que actuar promoviendo los procesos saludables/protectores (a eso llamamos promoción de la salud), y contrarrestando los procesos malsanos/destructivos (a eso denominamos prevención profunda – para diferenciarla de la prevención etiológica individual

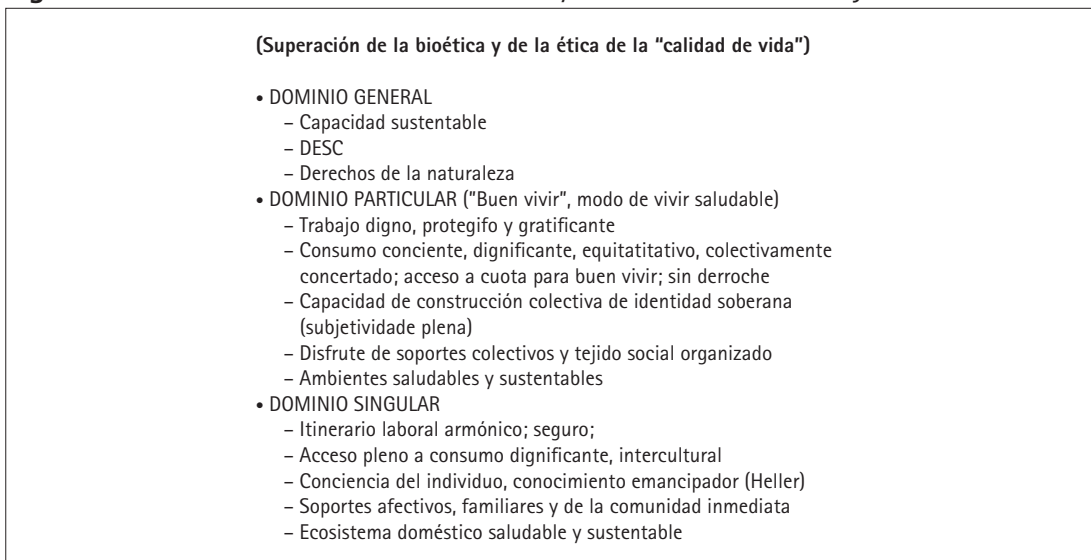
convencional). ¿Qué importancia tiene lo dicho para las intervenciones en salud y para el derecho? El hecho es que si la salud se determina en las tres dimensiones de la realidad, y si existen relaciones de mutua determinación de los procesos generales, particulares y singulares, entonces sería un error actuar con una práctica y con elementos del derecho enfocados únicamente en una de las tres dimensiones. Lo que debemos buscar es que nuestros esfuerzos incidan en las tres dimensiones.

Nuestra gestión debe combinar acciones preventivas enfocadas tanto en contrarrestar los procesos malsanos, como en promover los procesos protectores/saludables. Las acciones son más eficaces y sustentables, mientras más abarquen las tres dimensiones de la realidad. Tenemos que actuar respetando, protegiendo y asegurando el derecho a los servicios de salud para las personas, pero esas acciones no son sustentables si no se acompañan de acciones que actúen sobre los procesos colectivos, particulares y generales. Las acciones de salud individuales pueden ser más inmediatas, y se requieren como reacción emergente a trastornos de salud individuales, que demandan respuestas inmediatas, pero si bien reparan la salud individual, no resuelven el problema de modificar las condiciones determinantes que provocan el problema.

El derecho debe consolidar la *justiciabilidad* integral del derecho a la salud mediante la instauración y garantía de obligaciones que abarquen las tres dimensiones. La epidemiología además puede contribuir a la elaboración de criterios y parámetros de monitoreo crítico de la realidad que faciliten el control social, la rendición de cuentas y, en definitiva, la *exigibilidad* jurídica de los derechos.

Se desprenden de ahí dos argumentos éticos, con profunda influencia sobre la justiciabilidad de la salud. Primero, el actuar con sentido preventivo profundo, anticipándose para evitar los trastornos de una enfermedad, y ahorrando sufrimiento humano y destrucción de la naturaleza

Figura 6 – Dominios de la ética de la salud y de la construcción de justiciabilidad



es un imperativo ético no una opción técnica. En segundo lugar, para cumplir ese imperativo ético, es necesario ampliar las nociones convencionales de la bioética y de la ética de la calidad de vida, a la noción integral de la ética de la salud cuyas dimensiones se enuncian en la Figura 6.

Tesis 8 - Para implementar una visión dialéctica de la determinación es indispensable una ruptura con la noción geométrica del espacio, con la noción empírica analítica del territorio (de la geografía clásica) y con la noción restrictiva de ecosistema (de la ecología funcional)

Una reflexión emancipadora sobre los problemas de salud tiene que superar las restricciones clásicas de la teoría del espacio. Es necesario romper con el pensamiento cartesiano, que comprende el objeto como opuesto y separado del sujeto, y ubica al espacio en el orden de lo absoluto; hay una producción social del espacio (LEFEBVRE, 2001).

La noción de 'lugar' es central en la construcción empírico-analítica de la vieja epidemiología, ahora sofisticada por medio de los sistemas de información geográfica. De igual forma que lo dicho respecto a la estadística, hay que romper con las concepciones meramente geométricas del espacio, centradas en la dimensión matemática y acordes con la tradición aristotélica que sostiene que el espacio, al igual que el tiempo, son categorías que simplemente facilitan la clasificación de las evidencias de los sentidos. Es decir, no hay un espacio de la salud como lugar estático, continente y pasivo, sino un espacio complejo y en movimiento creador.¹²

En segundo lugar, la praxis humana articula el movimiento de espacio y tiempo para superar el pensamiento lineal de la epidemiología convencional, asentada en la lógica formal que congela la realidad y mira los fenómenos sin tiempo, o como si el tiempo fuera una simple sucesión de coyunturas.¹³ En este sentido, sostenemos que no puede haber una geografía de la salud sin historia, ni una historia de la salud sin geografía.¹⁴

Del mismo modo que, por ejemplo, las nociones de 'riesgo', 'carga' y 'daño' fueron la camisa de fuerza que mantuvieron a las ciencias del trabajo en el marco empírico-funcionalista de la vieja medicina ocupacional – y que lamentablemente se recrean aun en textos de una visión que se pretende alternativa –, así mismo las nociones empíricas de 'lugar', 'tiempo' y 'persona' siguen sometiendo al pensamiento de la salud pública y de la epidemiología a un encuadre empirista que continúa multiplicándose en formas más actuales de la investigación de la salud.

Es interesante que Castells retoma las primeras interpretaciones críticas latinoamericanas sobre el espacio urbano – que son las de Quijano, Nun, Cardoso y otros - (CASTELLS, 1974). El teórico mexicano, entonces, registra el valor de Castells frente a la superación de las teorizaciones vulgares sobre el espacio que se habían impuesto: su carácter impreciso aplicado sin rigor a múltiples dimensiones del análisis; su carácter abstracto no ligado a una realidad concreta; ausencia de una teoría específica sobre el espacio; la transposición de nociones geométricas y su

¹² Jaime Breilh, *Epidemiología crítica*, Ibidem, p. 121.

¹³ Jaime Breilh, *Epidemiología crítica*, Ibidem, p.121.

¹⁴ Parafraseando a Milton Santos (1985).

aplicación a las ciencias sociales; la confusa transposición de conceptos y leyes de las ciencias naturales y las ciencias sociales. Por el contrario, para Castells el espacio es un producto material, no una dimensión abstracta, y los seres humanos con sus relaciones prácticas dan al espacio y sus elementos ciertas formas, funciones y significaciones.

Hay necesidad de romper con el dualismo hombre/medio cuando se pensó en términos de ecología humana, una expresión acuñada por el grupo de Chicago, que vino a revivir una geografía ya desacreditada y fundaba en el divorcio positivista objeto-sujeto. Al menos en una primera fase, la ecología destinada a ofrecer un cuadro conceptual más elaborado no se apartó de esa obsoleta orientación. Por eso, la geografía empírica se ocupó de la naturaleza y del ser humano como si fuesen categorías opuestas. La ‘naturaleza’ que formaba parte del sistema ecológico era una ‘primaria’ y no una socializada, era una naturaleza sin historia humana” (SANTOS, 1996). Necesidad de romper con la geografía clásica, así mismo, por centrarse en la interacción local entre ‘un grupo humano’ y su ‘medio geográfico’, desconociendo la presión determinante de las imposiciones extrarregionales de los países más poderosos y sus grandes empresas.

Harvey las respuestas se pregunta ¿cómo es que diferentes prácticas humanas crean y hacen uso de conceptualizaciones específicas del espacio?¹⁵ Ejemplifica sus categorizaciones surgidas de la praxis, expresando que las relaciones de propiedad crean espacios absolutos donde puede operar el poder monopólico; el movimiento de gente, bienes y servicios toma lugar en un espacio relativo pues depende de dinero, tiempo y energía; y parcelas de tierra captan o acumulan beneficios, por que contienen relaciones con otras parcelas, las fuerzas del mercado y demográficas. Una vez que una forma espacial es creada tiende a institucionalizarse y a su vez a determinar el propio proceso social.

Categorías

El espacio es la categoría más general, que ya hemos tratado, pero como parte del espacio está la geografía, que abarca el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en un territorio¹⁶, incluyendo los equipamientos e infraestructura, sea en los ámbitos de la producción, del consumo-circulación, y de lo simbólico. Uno de esos productos son las características de la ecología que comprende las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico. Así mismo, la producción de desechos del más variado orden opera en todas las fases y espacios de la reproducción social en los distintos territorios (BREILH, 2009).

Metabolismo (sociedad naturaleza y ecosistemas)

A la luz de los argumentos anteriores, proponemos un concepto de ecosistema, como conjunto socio-ecológico articulado y coherente, caracterizado por formas de paisaje, biodiversi-

¹⁵ David Harvey, *ibidem*, p.14.

¹⁶ La geografía crítica estudia el movimiento y segregación del espacio en un territorio concreto, y para hacerlo analiza la lógica de producción y distribución en un territorio de las características naturales - siendo estos fenómenos naturales artificializados en grados distintos, según el momento histórico y el ámbito social en que existan -, y sabiendo que dichos productos se generan en el marco del metabolismo que opera entre la sociedad y la naturaleza, mediado por la producción.

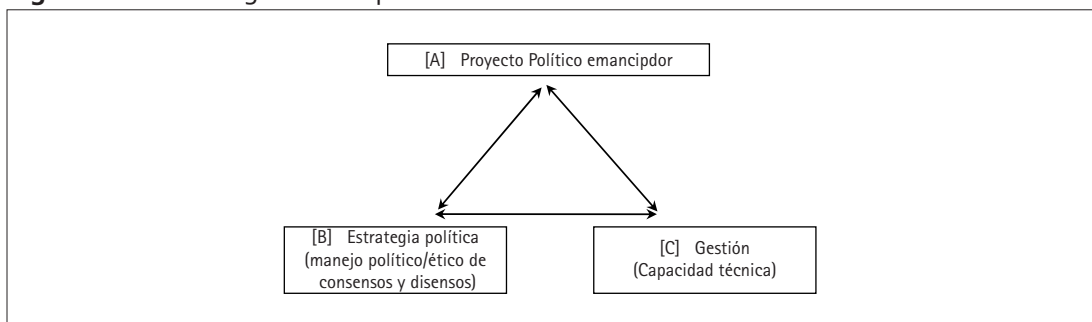
dad, temperatura, precipitación, flora, fauna, grados/formas de artificialización; elementos estos que, al ser artificializados, devienen en procesos socionaturales. Los ecosistemas son entonces verdaderos socio-ecosistemas, pues están cruzados por relaciones sociales que determinan: la lógica - equitativa o inequitativa - de los procesos humanos y de artificialización; la construcción y segregación de los espacios socionaturales involucrados; la sustentación o contrariamente la pérdida de biomasa y biodiversidad; la construcción de patrones sociales de exposición y vulnerabilidad de los ecosistemas ligados a la producción económica o al consumo; y finalmente, a los tipos de impacto sobre la vida.¹⁷

En el paradigma dominante de la modernidad, se impuso la comprensión de dos mundos prácticamente contrapuestos: la ciudad como rectora, cosmopolita, avanzada y pujante, y lo rural como un mundo atrasado, local, más simple, y secundario. En el marco de ese paradigma pervivió la tendencia, sobretudo en la política y en las entidades de gestión con el intuito de asumir el desarrollo como el paso de lo atrasado a lo moderno, de lo rural a lo urbano, de lo agrícola a lo industrial; una visión desde la cual lo rural es apenas residual y dependiente de las demandas industriales y dinámicas urbanas (PÉREZ, 2001).

Tesis 9 - Hay que construir una incidencia epidemiológica crítica y emancipadora, romper la camisa de fuerza del salubrismo funcional y recrear el triángulo de la política impulsando una ética renovada de la gestión, ligada a los derechos humanos y de la naturaleza

La proyección práctica del conocimiento científico aplicado a una realidad social y ambiental depende también de la forma como articulamos nuestra comprensión de la realidad. La proyección política de la ciencia depende de la forma como construimos nuestros objetos de transformación, o como lo hemos dicho en innumerables oportunidades, la politicidad de la ciencia no se limita a los nexos abiertos, visibles o externos de los programas científicos, sino a las relaciones o formulaciones internas del quehacer investigativo, una especie de politicidad interna implícita del conocimiento (BREILH, 2010).

Figura 7 – El triángulo de la política



Fuente: MATUS, 1998.

¹⁷ Jaime Breilh, Pregunta urgente para las ciencias de la salud, *Ibidem*, p. 8.

La investigación busca conocer para transformar, y el método de conocimiento está supeditado a las características y movimiento del objeto (de transformación). Si combinamos esas dos premisas, podemos concluir que es en el espacio de la acción donde se encuentra el objeto y sus elementos de transformación. Por consiguiente, es en la praxis transformadora que se establecen las condiciones, mediaciones, requisitos conceptuales e instrumentales del conocimiento transformador.

La acción a la par que proceso unificador, marca las diversidades del quehacer. La praxis implica la relación dialéctica de unidad y diversidad y es la política del terreno matriz de la acción. Al penetrar analíticamente en la gestión, Matus identificó tres elementos que los organizó en la Figura 7, en la que se anteponen las dimensiones de la gestión en las que puede incidir la epidemiología (MATUS, 1998):

Nuestra propuesta es pensar el quehacer de la comunidad científica en salud colectiva, ambiente y sociedad como una expresión vital y especializada de la política y la gestión, cuyo análisis implica contenidos y relaciones de la acción que esbozamos a continuación: [A] proyecto político se refiere al contenido de la acción relativo a los fines estratégicos de una colectividad para construir las bases económico sociales, culturales y políticas del buen vivir y de la ética de salud; [B] la gobernabilidad implica el poder para manejar el proyecto y el grado de consenso o disenso que lo empuja u obstaculiza, mediante análisis estratégico de los sujetos y sus relaciones sociales; y [C] la capacidad de gestión se refiere al acervo de técnicas, destrezas y habilidades indispensables según la naturaleza del programa de acción, tanto las provenientes de fuentes académicas como de los pueblos y sus organizaciones.

Tesis 10 - Hay que superar la lógica empírico-analítica de 'medir para reflexionar' y no dejarnos condicionar acríticamente por la lógica de los procesos automatizados de análisis asistido por computador y sistemas de información que empleamos

A lo largo de las tesis anteriores se ha acumulado argumentos críticos respecto a los fundamentos empírico-analíticos, tanto de la vieja epidemiología como de la 'visión de los determinantes sociales de la salud'.

Sobre las bases teórico-metodológicas que hemos cuestionado, se levanta un sofisticado cuerpo de recursos técnicos que son muy útiles para el trabajo de la epidemiología, pero que deben ser manejados desde una visión crítica. Nos referimos principalmente a instrumentos como los programas de análisis estadístico, los programas de análisis cualitativo asistido por computador, los sistemas de análisis geográfico, y otros más.

Quienes usamos estas herramientas continuamente, desde una perspectiva crítica, hemos tenido que separar con cuidado su indudable poder para el manejo operacional de datos, textos, imágenes y archivos audiovisuales, pero reconociendo que hay necesidad de realizar un trabajo analítico cuidadoso, para superar un uso directo y acrítico de esos recursos, no mediado por una reflexión detenida de los costos interpretativos que puede provocar su racionalidad empírico inductiva. Así, por ejemplo, si aplico el SPSS o el SAS para elaborar un empaquetamiento de variables por componentes

principales, no puedo confundir el hecho de juntar tipos de variables en variables artificiales con el principio teórico de la determinación. Lo que puedo hacer es aplicar, por ejemplo, técnicas como la de componentes principales o de análisis discriminante para corroborar asociaciones y contrastes empíricos, previamente teorizados en su significación histórica y social. Del mismo modo, cuando usamos NVivo8 para procesar las entrevistas aplicadas, por ejemplo, a obreras agrícolas y establecer nodos temáticos, juntándolos según algún criterio, no debemos confundir ese proceso legítimo de la investigación con los fundamentos inductivos de la teoría fundada que inspiró su diseño.

Cuando empleamos, por ejemplo, el recurso geográfico del *Arcview* para elaborar mapas multinivel de un territorio de investigación, y tal vez elaborar algunas estadísticas geolocalizadas, no debemos perder de vista las categorías de la geografía crítica para no recaer en el uso empirista de la herramienta, en el uso de indicadores reduccionistas para el análisis del espacio o en esa geografía cuantitativista, olvidando el precepto bachelardiano de que “es preciso reflexionar para medir, antes que medir para reflexionar” (BACHELARD, 1979).

De hecho, algunos gobiernos y universidades han incorporado a sus sistemas de información geocodificada – incluso algunos técnicamente sofisticados – elementos de información social como mapas de pobreza y ‘calidad de vida’, para correlacionarlos espacial y estadísticamente con indicadores epidemiológicos convencionales e incluso incorporar parámetros de género y etnoculturales. Consideramos que aquello es legítimo, pero no es menos cierto que frecuentemente se centren simplemente en categorías como ‘pobreza’ o ‘calidad de vida’ y en nociones empíricas de la espacialidad para terminar conformando sistemas informáticos aplanados, fenoménicos, que consolidan sin quererlo una lógica expiatoria de los problemas estructurales que determinan el movimiento geográfico, tornando invisibles los procesos de fondo.

Por lo tanto, es imperativo mantener una vigilancia epistemológica sobre los usos y límites de las técnicas, sin dejarlas de usar, pero con el cuidado de no reproducir

[...] una noción ahistórica, congelada de los fenómenos epidemiológicos, que se brinda para una interpretación igualmente parada de las matemáticas y del análisis cuantitativo[...] que desconoce la existencia del tiempo histórico y sus cualidades esenciales [...] que trabaja en estadios sucesivos de evolución espacial [...] estudia una sucesión de estadios pero no la propia sucesión [...] Trabaja con resultados más omite los procesos y entonces mistifica los resultados. (BREILH, 2003, p. 123).

Sin restar mérito a los esfuerzos informáticos que realizan las instituciones, hay que trabajar mucho hacia una reingeniería de los mismos, superando las construcciones convencionales y el trabajo acrítico con categorías que provienen del análisis empírico. Por ejemplo, los mapas de pobreza medida por diferentes técnicas, no son otra cosa que un indicador del consumo (ingreso, necesidades básicas insatisfechas, acceso a canastas básicas, etc.). Puede ser importante contar con esa información, pero a condición de que el sistema permita relacionar ese resultado empírico del consumo con las características de la población que los generan. La medición de pobreza, por ejemplo, como sustituto de una análisis de inequidad de clase social, es

una forma de soslayar una epidemiología de la determinación social. Igualmente, la calidad de vida se asocia generalmente con la satisfacción de un sistema básico de necesidades definida por el poder. Pero la calidad de vida, o mejor, la vigencia del buen vivir o de modos de vivir saludables, como lo hemos explicado antes, no pueden reducirse a lo anterior, y requieren más bien tomar en cuenta condicionantes o garantías en todos los dominios de la determinación.

Es indispensable que tomemos conciencia de que ante este grande desafío no somos auto-suficientes y debemos pensar en serio y con humildad en la colaboración. Hay que recuperar el sentido humanista y social del conocimiento, venciendo esa arrogancia que a veces se nos filtra en la venas, pero sin perder de vista tampoco las lecciones que nos dejan los buenos científicos de cualquier color político.

El desafío es combinar las fortalezas del pensamiento crítico con aquellas del trabajo científico e excelencia. Tenemos por delante una tarea muy difícil ante la cual ninguno de nuestros centros de investigación, ninguna de nuestras organizaciones son autosuficientes: tenemos que pensar en serio y con humildad en la colaboración. Neruda (2010) lo pone en términos poéticos:

Hemos crecido tanto que ahora/no saludamos al vecino... Hay que darse un baño de tumba / y desde la tierra cerrada / mirar hacia arriba el orgullo. / Entonces se aprende a medir. Se aprende a hablar, se aprende a ser. (NERUDA, 2003, p. 31).

Referencias

1. ALEXANDER, J.; GIESEN, B. *From reduction to linkage: The long view of micro - macro debate in "The Micro Macro Link"* -Alexander et al. editors. Berkeley: University of California Press, 1997.
2. ALMEIDA, N. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000.
3. _____. *Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciência Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.
4. AROUCA, S. *O dilema preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Campinas: Tesis de doctorado presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP, 1975.
5. AYRES, R. *Sobre o risco: para comprender a epidemiologia*. São Paulo: HUCITEC, 1997
6. BACHELARD, G. *Formación del Espíritu Científico*. México: Siglo XIX, 1979.
7. BREILH, J. *Crítica a la concepción ecológico funcionalista de la epidemiología*. Xochimilco: Tesis para Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, 1976
8. BREILH, J. *Epidemiología: Economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979
9. _____. *Epidemiología: Economía Política de la Salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar - Corporación Editora nacional, 2010, 7ma edición (En prensa).
10. _____. *Conferencia dictada en las VI Jornadas Epidemiológicas distritales "La Epidemiología y la Salud Urbana"*. Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá; 28 de Octubre del 2009.
11. _____. Latin American critical ("social") epidemiology: New settings for an old dream. *International Journal of Epidemiology*, v. 37, pp. 745-750, 2008a.

12. _____. *Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud*. México: Ponencia al Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 29 de septiembre, 2008b.
13. _____. El deporte y la salud. En: BREILH, J.; MATIELLO, E.; CAPELA, P. *Acumulación, Aceleración Global y el Deporte en la Salud (¿Negocio o instrumento de la vida?)*. Presentado al Global Health Watch II, 2007.
14. _____. *Constraints and Opportunities in the Face of an Alternative EID's Research Paradigm*. Honolulu: Speech at the Dialogue of Ecology & Epidemiology to Deal With Complexity and Inequity Working Meeting, Conference on Emerging Infectious Disease and Socio-Ecological Systems at the Imin International Conference Center (University of Hawaii), March 19th, 2005.
15. _____. *Epidemiología Crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.
16. _____. *Posmodernismo o pensamiento liberador: Una visión desde los sin poder*. Quito: Revista Espacios, 1999, p. 123-142.
17. _____. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Quito: CEAS, 1996.
18. _____. *La triple carga (trabajo, práctica doméstica y procreación)*. El deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo. Quito: CEAS, 1991.
19. _____. *Epidemiología entrefuegos*. Medellín: Memorias de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1987.
20. _____. *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Quito: Universidad Central del Ecuador, 1979.
21. BREILH, J.; TILLERÍA, Y. *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Ediciones de la Universidad Andina y Abya Yala, 2009.
22. BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998, p. 15. Traducido de "Le Pouvoir Symbolique", 1989.
23. CARBONELL, M. *Derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos en "La protección judicial de los derechos sociales"*. Quito: Serie Justicia y Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 174.
24. CASTELLS, M. *La cuestión urbana*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, S.A., 1974.
25. DAMIANI, L. F. *La diversidad metodológica en la Sociología*. Caracas: Tropykos, 1996, p. 71.
26. DE ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiología sem números: una introducción crítica a ciencia epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.
27. DERRIDA, J. *Spectres de Marx. L'Etat de la Dette, le Travail du Deuil et las Nouvelles Internationales*. Paris: Editions Galilée, 1993, p.35.
28. DONANGELO, C. *Medicina y sociedad*. São Paulo: Pionerira, 1975.
29. FOSTER, J. B. *La ecología de Marx*. Barcelona: El Viejo Topo, 2004.
30. GUDYNAS, E. El nuevo extractivismo progresista. *Nueva Crónica*, 2010, p. 7.
31. HABERMAS, J. The Dialectics of Rationalization: An Interview with Jürgen Habermas. *Telos*, v. 49, 1981.
32. KLEIN, N. *La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre*. Buenos Aires: Paidós, 2008. p. 712.
33. KONDRÁTIEV, N. D. (1935). Los grandes ciclos de la vida económica. In: GOTTFRIED, H. (Compilador). *Ensayos sobre el Ciclo Económico*. 2^a ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1956. p. 35-56.
34. LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1981.
35. LAUREL, C. et al. Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de Morbilidad en Dos Pueblos Mexicanos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, v. 84, p. 131-147, 1976.
36. LAUREL, C.; NORIEGA, M. *La Salud en la Fábrica*. México: Ediciones ERA, 1989.

37. LAURELL, A.; HERRERA, F. *The making of the A H1N1 influenza pandemic in México* BMJ. Disponible en: www.bmj.com/cgi/eletters/340/jun03_4/c2947. Accesado en: 11 June 11, 2010.
38. LEFEBVRE, H. *The Production of Space*. Oxford: Blackwell (translation by Donald Nicholson-Smith), 2001.
39. LYOTARD, J. F. *La condición posmoderna*. Madrid: Editorial Cátedra, 1986.
40. MARTÍNEZ, M. G. *Algunas consideraciones sobre la crisis actual del capitalismo*. 2009. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros/2009c/599/indice.htm>. Accesado en: Julio 21, 2010.
41. MARX, K. *El proceso de trabajo y el proceso de valor en "El Capital"*, tomo 1, v. 1, México: Siglo XXI, 1976, p. 215.
42. _____. *El Capital (Tomo III)*. México: Siglo XXI, 1975.
43. _____. *Elementos para la crítica de la economía política (Borrador) 1857-1858*. Buenos Aires: Siglo XIX, 1972.
44. _____. *El Capital* (Libro I, 6to capítulo inédito). Buenos Aires: Ediciones Signos, 1971, p. 54-60.
45. MARX, K.; ENGELS, F. *La ideología alemana*. México DF: Ediciones de Cultura Popular, 1974. p. 676.
46. MATUS, C. *Adiós señor Presidente*. Santiago: LOM Ediciones, 1998.
47. NERUDA, P. *No tan alto en "Estravagario (1958)"*. Santiago: Random House Mondadori, 2003. p. 31.
48. OMS. *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra: Documento de Información preparado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2005.
49. PALOMINO FLORES, S. *Filosofía Indígena Andina*. Copenhague: Fjerne Naboer (Bolivia), 2009. Disponible en: <http://www.fjernenaboer.dk/pdf/bolivia/Filosofia%20indigena%20andina.pdf>. Accesado en: Febrero 20, 2010
50. PÉREZ, E. *Hacia Una Nueva Visión de los Rural en "Nueva Ruralidad en América Latina" (Norma Giaracca, comp.)* Buenos Aires: CLACSO, 2001, p.17-28.
51. RAMONET, I. Cercando a Venezuela. *Le Monde Diplomatique*, n. 171, Paris, enero, 2010. Disponible en: <http://www.vtv.gov.ve/art%C3%ADculos/opini%C3%B3n/28260>. Accesado en: Febrero 25, 2010)
52. REPÚBLICA DEL ECUADOR. *Asamblea Constituyente*. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi: Sección séptima (Salud), página 29, 2008.
53. SAMAJA, J. *Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba, 1993. 2da ed.
54. _____. *Epistemología y Epidemiología*. Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología, 1992.
55. SANTOS, M. Por *Uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996 (4 ed.).
56. _____. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel, 1985.
57. SOLÓRZANO, A. *¿Fiebre Dorada o fiebre amarilla?* La Fundación Rockefeller en México: Guadalajara: Imprenta de la Universidad de Guadalajara, 1997.
58. TAMBELLINI, A.M. O trabalho e a doença. Em: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
59. TESH, S. *Hidden Arguments*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1988.
60. VENKATAPURAM, S.; MARMOT, M. Epidemiology and social justice in light of social determinants of health research. *Bioethics*, v. 23, n. 2, p. 79-89, 2009.
61. VERAZA, J. *Subsunción real del consumo al capital*. México: Ithaca, 2008.
62. VICTORA, C.; BARROS, F.; VAUGHAN, P. Epidemiología de la desigualdad. En: *Serie Paltext*, n. 27, Washington, OPS, 1992.

63. VICTORA, C. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, v. 26, Oxford, Advance Access, 1997, p. 224–227.
64. WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A.; LAMADRID, S. Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups. *The Lancet*, 2001, 358, p. 315–323.
65. WALLERSTEIN, I. *et al.* *Abrir las Ciencias Sociales*. México: Siglo XXI, Comisión Gulbenkian para la Reestructuración de las Ciencias Sociales, 1996.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. European Centre for Environment and Health. *Environmental health indicators: development of a methodology for the WHO European region – interim report*. Geneva: WHO, 2000.
67. ZIBECHI, R. Brasil en Clave Potencia. *Programa de las Américas Reporte*, febrero 17, 2010a. Disponible en: <<http://www.ircamericas.org/esp/6683>>. Accesado en: Febrero 25, 2010
68. _____. Décimo Foro Social Mundial: síntomas de decadencia. *Servicio Informativo "Alai-amlatina"*. 5 Febrero, 2010b. Disponible en : <<http://www.elpueblosoberano.net/?p=7808>>. Accesado en: Febrero 25, 2010.
69. ZIBECHI, R. Brasil en Clave Potencia. *Programa de las Américas Reporte*, febrero 17, 2010a. Disponible en: <<http://www.ircamericas.org/esp/6683>>. Accesado en: Julio 21, 2010.
70. _____. Décimo Foro Social Mundial: síntomas de decadencia. *Servicio Informativo «Alai-amlatina»*. 5 febrero, 2010b. Disponible en : <<http://www.elpueblosoberano.net/?p=7808>>. Accesado en: Julio 21, 2010.