

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



Entrevista a Jaime Breilh
realizada por la Revista de Ecología Política, España

Entrevista a Jaime Breilh¹

Sus trabajos se enmarcan en lo que se ha llamado “medicina social” ¿podría explicarnos brevemente en qué consiste la “medicina social” y cuáles son sus raíces en América Latina? ¿Cómo se relaciona con la “epidemiología popular”?

“Medicina” social es un movimiento formado por sujetos sociales y académicos, surgidos como reacción a la miopía y distorsiones del modelo biomédico comercial, y de la salud pública funcionalista, convertida esta última en dócil instrumento del poder. Esos dos brazos de la salud en el capitalismo, invisibilizaron la profunda inequidad e ineficacia de nuestras sociedades frente a los graves problemas de la salud de las colectividades explotadas y subalternas. En correspondencia, la preocupación central de dicho movimiento es el desarrollo de perspectivas contrahegemónicas en la investigación y la gestión de salud. En ese marco, el proceso histórico de crítica, deconstrucción y construcción vivido por los núcleos latinoamericanos que levantaron y han mantenido el movimiento, ha tomado distancia respecto a la salud pública convencional, para superar los paradigmas conceptuales y prácticos de las viejas escuelas, las cuales, al margen de una cierta sofisticación instrumental, se han anclado en formas positivistas, inscritas generalmente en el funcionalismo.

Ahora bien, cabe reconocer que la denominación “medicina” social no es adecuada, puesto que, de manera alguna los objetos y sujetos de transformación se reducen a los de la medicina. Tampoco corresponde a los de una salud “pública”, puesto que el desafío del desarrollo de la salud no se reduce igualmente a las tareas de los sectores gubernamentales, por importantes que éstos sean. De ahí surgió el nombre de *salud colectiva* que abarca dialécticamente un movimiento en dos líneas interrelacionadas, que mantienen sin embargo, una autonomía relativa: la lucha ciudadana por la defensa y promoción de vida y la salud, en los espacios diversos - laborales, del consumidor, de las organizaciones colectivas, de los espacios de la cultura, y de los escenarios de lucha ecológica; y complementariamente, el movimiento académico, crítico e interdisciplinario, coordinado por los especialistas de la salud, que desde diferentes campos y experticias profesionales trabaja, en el marco de un pensamiento crítico, por el desarrollo de los paradigmas, instrumentos, técnicas indispensables para el avance del movimiento en su conjunto, tanto en los espacios de investigación, de monitoreo estratégico, como en los de gestión, donde se formula el diseño de propuestas de afrontamiento e incidencia.

Fue a fines de los 70s, que surgieron en el seno de este movimiento y especialmente en Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y México, un conjunto de propuestas que fueron consolidando la llamada *epidemiología crítica*, la cual ostenta ahora un robusto conjunto de elementos conceptuales y operacionales orientados a la

¹ Jaime Breilh, Md. MSc. PhD; Director Área de Salud Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador; Director Científico del CEAS; jbreilh@uasb.edu.ec

superación del pensamiento lineal y reduccionista y del funcionalismo. Este paradigma emancipador e intercultural de la epidemiología, tejido en las jornadas de investigadores vinculados a la lucha por la vida y contra las agresiones de las sociedades regidas por la acumulación de capital, ha compartido a lo largo de su desarrollo muchos de los retos, aprendizajes y logros de la *epidemiología popular*, la cual se da, por ejemplo, en el seno de gremios obreros -el llamado modelo obrero-; en la epidemiología ciudadana para la defensa en los barrios; la epidemiología indígena ligada al buen vivir y a la agroecología; la epidemiología popular de los espacios de reivindicación afroamericanos; la epidemiología de género de los movimientos de mujeres. Si bien la epidemiología crítica y la epidemiología popular comparten un mismo objeto de transformación, similares objetivos estratégicos y confrontaciones, se han impulsado desde escenarios distintos. Es de esperarse que en los años venideros se tiendan lazos más estrechos entre estas dos vertientes interdependientes de construcción.

¿Existen otras propuestas similares en otras zonas del mundo: Asia, África, Europa o EEUU? ¿Podría señalarnos algunos estudios o grupos de trabajo de interés?

Propuestas afines a la epidemiología crítica han aparecido en departamentos progresistas de universidades norteamericanas o europeas, y con seguridad existen en núcleos de Asia o África. Aquí el problema central es que al igual que en el caso de la producción latinoamericana, seguramente los proyectos, artículos y otras publicaciones de dichos centros no logran hacerse suficientemente visibles en los medios de divulgación científica y en las revistas del “mainstream”, cuyos cuerpos editoriales y revisores obstaculizan las publicaciones que no se ajustan a los cánones positivistas del rigor científico. La dominancia del inglés y la hegemonía de los paradigmas acríticos, tanto en las esferas del análisis cuantitativo, como cualitativo, han determinado que libros y artículos latinoamericanos que han ofrecido planteamientos pioneros fundamentales sean olímpicamente ignorados por el “mainstream” del Norte, consolidándose un círculo vicioso de relegación e imposibilidad de difusión y posicionamiento.

En el caso de la epidemiología crítica se pueden citar casos ilustrativos de un doble movimiento de invisibilización, por un lado, y luego de una especie de “apropiación” tardía de ideas, como fueron los casos de la crítica a la red multicausal de MacMahon que en América Latina trabajamos desde fines de los 70s, mientras en Norteamérica apareció con bombos y platillos a mediados de los 90s; o el caso de teoría sobre la determinación social de la salud, que los latinoamericanos igualmente trabajamos desde los años 70s y que reapareció con enorme resonancia mundial como realización europea en 2005, aunque recortada en su profunda politicidad original.

Con toda seguridad el flujo Sur-Sur de bibliografía, o Sur-Norte -con valiosos centros contrahegemónicos que existen en el Norte- no tiene la magnitud deseada debido a esta profunda inequidad y distorsión del sistema de publicaciones.

En nuestra región cada uno de nuestros centros conoce y en muchos casos mantiene importantes niveles de colaboración científica con núcleos progresistas de

universidades de Canadá -Columbia Británica, Montreal, Québec y Ottawa-; con varios de Estados Unidos como California -Berkeley, Davis-, Chapel Hill, Columbia, Emory, Johns Hopkins, Lowell (Mass.), Michigan, Texas y varias más; con universidades europeas de España -Complutense de Madrid; Barcelona; Bilbao-; de Francia (Paris, Bordeaux); Alemania -Berlín-, Holanda -Wageningen-; Italia -Roma-; Portugal -Porto-; Suecia -Umea-; y varias más. Un caso demostrativo de las potencialidades de la alianza Norte-Sur que pudimos atestiguar hace unos pocos años fue la respuesta de medio centenar de reconocidas universidades y centros de investigación del Norte, que suscribieron en 2007 un respaldo internacional publicado en una prestigiosa revista especializada de Estados Unidos, a los estudios epidemiológicos que denunciaban la sobremortalidad por cáncer en las zonas afectadas por la petrolera Chevron-Texaco y que habían sido cuestionados por epidemiólogos bajo contrato de dicha empresa transnacional (Internacional Journal of Occupational and Environmental Health, 11,2 : 217-220, abril/june 2006).

Desafortunadamente, por los motivos antes dichos, conocemos menos por estas latitudes acerca de los núcleos de salud colectiva y epidemiología de Asia y África, aunque con toda seguridad existen en dichos países experiencias valiosas que desconocemos, del mismo modo que deben desconocer las nuestras.

En ocasiones cuando las propuestas metodológicas más novedosas – como lo es por ejemplo el caso de la epidemiología popular - han sido propuestas en los países del Sur han encontrado con muchas dificultades para su implantación en el Norte. ¿Se ha dado también este proceso en el caso de la epidemiología popular? ¿En qué situación se encuentra en la actualidad la epidemiología popular frente a otros modelos epidemiológicos más tradicionales?

Si retomamos las reflexiones ya hechas sobre los términos “epidemiología crítica” y “epidemiología popular”, al contestar la pregunta debemos distinguir entre esos dos expresiones estrechamente relacionadas.

Cabe decir, en primer lugar, que en la segunda mitad del siglo anterior, no sólo en el Sur sino en el Norte, los paradigmas progresistas conformados en distintas décadas, padecieron limitaciones importantes frente a la hegemonía de la epidemiología positivista. Los procesos determinantes del impulso científico como son los recursos institucionales y financieros, el contexto epistémico y la mayor o menor viabilidad de un ejercicio práctico socialmente reconocido, constituyeron restricciones que impidieron que las potencialidades conceptuales, metodológicas e instrumentales de las epidemiologías contrahegemónicas avancen y lleguen al “mainstream” académico. El rechazo sistemático e invisibilización de la epidemiología crítica latinoamericana, por ejemplo, constituyó un modus operandi por parte de las revistas y publicaciones del Norte –fenómeno ampliamente documentado en los escritos de Howard Waitzkin-.

En años más recientes, talvez impulsada por la crisis de hegemonía que acompaña el derrumbe financiero del capitalismo neoliberal, el destape de sus profundos fracasos sociales, y la pérdida de piso para la arrogancia del Norte, junto con la maduración técnica e institucionalización de las propuestas latinoamericanas, ha promovido algunas iniciativas de recuperación de contactos y espacios de auténtico diálogo

Norte-Sur. Aunque muchas veces sin siquiera reconocer las contribuciones del Sur, el *establishment* científico del Norte comienza a abrirse a los aportes del Sur, como ha sido el caso ante citado de la determinación social de la salud, cuando investigadores del Norte recuperaron tardíamente elementos de la epidemiología crítica latinoamericana ya expuestos desde fines de los 70s. En igual forma, tanto la epidemiología funcional como incluso la crítica, movidas por el avance de la lucha de los pueblos ancestrales por la interculturalidad, han comenzado a plantearse las potencialidades de una construcción intercultural de los objetos y procesos de la epidemiología.

La medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. En los últimos años hemos visto un resurgir en algunos países como Bolivia o Ecuador, por ejemplo, la reclamación de “los derechos colectivos” y se han tomado algunas medidas para asegurarlos, en especial en el ámbito de los colectivos indígenas, ¿cree usted que esto va a influenciar de alguna manera en la popularización de la “medicina social”?

En el caso de los dos países citados la forja de un proceso colectivo de replanteamiento constitucional y jurídico, posibilitada por una amplia y organizada movilización social, ha impulsado una vasta participación social sobre los derechos en general y sobre el derecho a la salud particularmente. La implementación de un proceso constituyente intercultural e interdisciplinario hizo posible el encuentro de distintas miradas y principios de acción, una especie de negociación de aportes entre sectores académicos democráticos y las organizaciones sociales y etnoculturales; con eso se han logrado productos vitales para la reconstitución del derecho a la salud y la inserción de tales derechos en un pensamiento integral sobre la determinación social de la salud.

Al llevar a efecto el proceso constituyente en Ecuador, por ejemplo, el movimiento por introducir en la nueva constitución de forma explícita la interdependencia del derecho integral a la salud respecto a la vigencia de otros derechos fundamentales como la soberanía alimentaria y del agua, la justicia laboral, los derechos de asociación y los de disfrute de ambientes saludables, así como el reconocimiento formal, por primera vez en la humanidad, de los derechos de la naturaleza, fue el producto combinado de principios emancipadores inscritos, tanto en el pensamiento académico crítico, como en el saber ancestral emancipador.

La medicina social se ha visto influenciada por el pensamiento marxista por ejemplo a través de la orientación de algunos trabajos estructurando la información en función de las clases sociales, definidas por las relaciones de producción económica. ¿Cree que este enfoque sigue siendo válido o debería ser revisado? ¿Cómo se complementa o compatibiliza con otros enfoques, por ejemplo algunos de los trabajos realizados desde la justicia ambiental donde el enfoque se centra en el análisis según criterios raciales o ubicaciones geográficas, que no siempre son coincidentes con las divisiones de producción económica?

Se ha dicho acertadamente que una parte importante del pensamiento crítico del siglo anterior se debe en gran medida a las revolucionarias contribuciones filosóficas, cognitivas y praxiológicas del marxismo. A pesar de las limitaciones históricas del pensamiento de los siglos 18 y 19, y de algunos argumentos errados o incompletos de las grandes tesis de los clásicos del marxismo, se puede decir que dichas contribuciones originales, junto a la rica producción intelectual marxista de la segunda parte del siglo veinte y del presente, ofrecen un robusto conjunto de elementos teórico metodológicos y prescripciones para la acción que están nutriendo las más importantes propuestas contemporáneas en las ciencias sociales como la epidemiología.

No se trata solamente de las contribuciones sobre la estratificación clasista de la sociedad. Como lo hemos dicho antes, por ejemplo, un aporte central del marxismo, una vez despojado de todo iluminismo y de visiones que pretendieron convertirlo en una especie de matriz única del discurso social, constituye sin duda una herramienta clave para orientar la articulación de los diversos discursos críticos respecto al sistema capitalista; una herramienta que puede ayudar a construir lo que hemos llamado la “metacrítica” del capitalismo (“Epidemiología Crítica”, Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003) dado su poder crítico de la sociedad capitalista, y precisamente dada su concepción dialéctica de reconocer el movimiento interdependiente de lo general y lo particular, de la totalidad y la diversidad. El marxismo ofrece argumentos contundentes no sólo respecto a la composición de clases sociales de nuestras sociedades, sino sobre la determinación estructural de los procesos, la dialéctica entre la naturaleza y sociedad, la comprensión de la complejidad multidimensional y jerarquía de la realidad, el vínculo entre lo social y lo biológico, etc. Es decir, todo el conjunto de movimientos que forman parte del gran movimiento, histórico-naturalmente determinado de la vida y la salud.

Desde algunas tendencias del ecologismo se proclama en ocasiones que existe una deuda ecológica desde los países del Norte. Se dice que estos países son acreedores por que se producen un conjunto de impactos ecológicos y sociales en el Sur que no son reconocidos, pero son generados o impulsados por el modelo económico impuesto desde los países del Norte. Haciendo el paralelismo, ¿Podríamos decir que en la actualidad existe una “deuda de salud” hacia los países del Sur? ¿Cuáles serían en este caso los principales generadores de esta deuda?

El colosal desarrollo de las fuerzas productivas y lo que hemos descrito como aceleración global de la acumulación (Breilh, J. & Tillería, Y. Aceleración Global y Despojo en Ecuador: El Retroceso de la Salud Pública en el Neoliberalismo. Quito: Universidad Andina – Abya Yala, 2009) sustentada en la recomposición y nueva tecnología productiva; el despojo –muchas veces fraudulento- de los recursos vitales del Sur; y un fundamentalismo de mercado, han desencadenado no solamente una demolición de los derechos convertidos en mercancías, sino una reproducción de modos y condiciones malsanos de vivir, desencadenando la ampliación del abismo social entre clases, regiones, pueblos y culturas e instituyendo formas destructivas de relación entre el ser humano y la naturaleza.

Esa masiva determinación de privación, exclusión y desigualdad social, que ha generado tanto dolor y enfermedad, no sólo han afectado a los pueblos del Sur, sino también a los del Norte, como lo evidenció dramáticamente la catástrofe del Karina en Nueva Orleans, o como nos lo recuerdan las amplias movilizaciones de inconformidad en Europa y Asia en estos días.

En esa medida, el problema se trata más que de una deuda social, que de hecho si se acumuló, de una responsabilidad de no seguir alimentando un sistema estructuralmente malsano y patógeno. Si sólo nos referimos a deuda, podría parecer que, con solo pagarla, ya podrían reasumir el mismo tipo de sociedad.

Usted propone en algunos de sus trabajos la necesidad de construir un movimiento contrahegemónico que impulse una reforma profunda de las políticas y estructura del sistema de salud. ¿Cuáles cree que deben ser las características principales de este movimiento? ¿Cree usted que se relacionan de alguna manera con otras propuestas contrahegemónicas surgidas desde el ecologismo?

Claro que la lucha y muchas propuestas de la epidemiología crítica están hermanadas con las del ecologismo crítico y emancipador. Si bien enfocamos originalmente objetos de transformación diferenciables o énfasis distintos en los mismos objetos, en estas nuevas etapas, más que colocarnos en campos distintos de la lucha, estamos avocados a construir interdisciplinariamente espacios comunes de metacrítica al capitalismo; lo cual implica para quienes bregamos desde la investigación, el caminar en la interfase de las ciencias sociales críticas (la economía política, la antropología y la sociología críticas); la epidemiología crítica y la ecología crítica.

Este movimiento contrahegemónico de la salud ¿debería tener también una escala global? ¿Cómo podría articularse?

Los pueblos afectados del Sur y del Norte deben seguir tejiendo sus alianzas. En salud, experiencias como la del Movimiento por la Salud de los Pueblos y otras, demuestran la vitalidad crítica y propositiva de la fusión entre pueblos organizados, movilizadas y pensantes, junto con sectores académicos democráticos.

Las formas de la lucha dependen del momento y de los diferentes espacios. Redes, vínculos partidarios y de movimientos, proyectos internacionales de investigación y monitoreo crítico, pueden activar y de hecho lo han estado haciendo, experiencias vitales que han logrado conquistas importantes.

¿Qué iniciativas se están llevando a cabo en la actualidad que merezcan su especial atención en el impulso de la medicina social y en el impulso de movimientos contrahegemónicos al entorno de la salud y/o el medio ambiente?

Las iniciativas pueden encarnarse en espacios de la lucha social y/o en espacios académicos. Las batallas han sido diversas: unas veces contra sistemas productivos destructivos, otras contra políticas malsanas, otras por el debate teórico sobre los

paradigmas, otras por el desarrollo de instrumentos válidos para la reforma del quehacer institucional.

No cabe forzar una distinción nítida entre los programas académicos y los que impulsan las organizaciones sociales. En la línea contrahegemónica generalmente se desarrollan estrechamente ligados.

Se distinguen algunas líneas de acción: los estudios y programas de incidencia sobre los derechos en salud e impactos humanos y ambientales de sistemas productivos de gran escala (agroindustria, minería, e industrias en general; procesos de desestructuración de las pequeñas economías, interrelacionados con el desarrollo monopólico de la economía; procesos de deterioro, segregación e inequidad en el espacio urbano; proyectos ligados a la reforma integral de los sistemas de salud, y desarrollo de políticas alternativas; desarrollo de los derechos en salud deterioro y experiencias de conducción popular de la gestión; programas ligados al tema de la determinación cultural e intercultural de la salud. En fin, una pléyade de universidades, centros de investigación y organizaciones e incluso instituciones públicas ligados a lo que ahora llamamos salud colectiva (podría decirse salud pública crítica o medicina social), trabajan en América Latina por el derecho integral de salud, y por la reforma profunda de los sistemas nacionales de salud. Dependiendo de la realidad y posibilidades de los países se han consolidado acciones de transformación constitucional y jurídica; otras veces, de remediación por daños; en otras oportunidades por la transformación de instituciones y programas de salud; hay una rica variedad de experiencias de gestión participativa e implementación de la conducción público social de la gestión.

En correspondencia, existen innumerables programas de postgrado que ofrecen contribuciones valiosas en todas esas líneas, los cuales se desenvuelven alrededor de un paradigma crítico y de acciones contrahegemónicas. Luego de la aparición histórica en México y Brasil de la primeras maestrías de medicina social, se han multiplicado en Centro América, el Caribe y Sur América valiosos programas de postgrado, núcleos de investigación y unidades en las entidades públicas que han levantado en los últimos 30 años un robusto conjunto de espacios donde se articulan la excelencia académica y el compromiso histórico social. El "Informe Alternativo de la Salud en América Latina" (CEAS Editor. Quito: Somos punto y raya, Julio 2005) difundido en la Segunda Asamblea Mundial de la salud de los Pueblos en ediciones en castellano e inglés, ofrece una muestra de la penetrante capacidad de análisis, así como los éxitos en la reforma de los sistemas de salud de la salud colectiva ("medicina" social) de América Latina.

En el terreno de los postgrados, un ejemplo reciente que cabe citar por que ilustra las características de interdisciplinaridad e interculturalidad en el ámbito académico es el *Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar del Ecuador*, que se sustenta en dicha visión crítica, que se proyecta a la contribución en espacios sociales concretos y que implica un proceso internacional de enlace de los más altos recurso técnicos de América y Europa.

PETRÓLEO

Ya en los años 80 ponía en duda la “ruta hacia el bienestar” generada por la explotación petrolera. Para ello analizaba la situación económica y de salud de los obreros de distintas ramas de actividad en los años 70 y 80 y comprobaba la relación entre el deterioro epidemiológico y el desarrollo económico basado en la producción petrolera. ¿Cómo ha evolucionado esta temática desde entonces? ¿Han solucionado las nuevas tecnologías petroleras y/o las nuevas legislaciones la situación? ¿Por qué?

Los modelos antropocéntricos del desarrollo comenzaron a agotarse paralelamente al avance de la acelerada acumulación neoliberal, que multiplica la generación de ambientes malsanos y escenarios de pronunciado impacto ambiental y humano.

En los escenarios de la salud colectiva de América Latina a más de la crítica al modelo ecológico funcionalista y la toma de conciencia de la inviabilidad de la matriz energética petrolera, se ha cuestionado las nociones de *sostenibilidad* entendida como búsqueda de mantenimiento o continuación del mismo modelo económico social, y se ha promovido más bien la noción de *sustentabilidad* centrada en la transformación de dicho modelo y la construcción de una estructura social que posibilite y sustente modos de buen vivir, en que la capacidad vital de la sociedad se mida no solo en la producción de fertilidad y alimentos, sino en la protección integral de los distintos elementos que hace posible dicho buen vivir: trabajo digno y saludable; soberanía del consumo; autarquía organizativa y soportes colectivos; identidad cultural; y ecosistemas saludables.

Se trata ahora no sólo de confrontar y superar la injusticia social de una sociedad de clases, sino de asumir el desafío de luchar por la supervivencia misma del ser humano y la naturaleza. En otras palabras lo que está en juego ahora es nada menos que la capacidad de nuestro planeta para sustentar la vida en los años venideros. Y claro, eso nos confronta no sólo al dilema de nuestra supervivencia como especie, sino que nos plantea la interrogante fundamental de si será materialmente posible algún día el *buen vivir*, o “*sumak kawsay*”, que consagran las nuevas constituciones de Ecuador y Bolivia.

¿Cómo cree que va evolucionar esta problemática en los próximos años? ¿Cuáles cree que son según usted las principales posibilidades de mejora de la situación?

Todo dependerá de la capacidad de los movimientos y estados democráticos de consolidar sus proyectos y de la correlación de fuerzas que se mantenga en la región para sustentar el proceso de transformación económica, social y político cultural.

La aguda crisis global del capitalismo, aunque ha empujado el resquebrajamiento de la hegemonía, conspira contra los proyectos democráticos de los países latinoamericanos. Está por verse la capacidad de los pueblos para sustentar el avance de los nacientes proyectos de nueva sociedad, de lo contrario el debilitamiento político podría significar el afianzamiento de salidas empresariales productivistas y centradas en la acumulación y concentración de capitales, en cuyo caso cabría esperarse un recrudescimiento de las tendencias epidemiológicas y ecológicas

destructoras que se han entronizado. En este caso, probablemente se producirá también el resurgimiento de opciones regresivas –incluso neofascistas– que desde ya se emplazan contra los cambios con mucha fuerza en Bolivia y Venezuela y que comienzan a insinuarse también en Ecuador. Si por el contrario se afirman los proyectos más democráticos de sociedad y las organizaciones colectivas que los sustentan, entonces cabría esperar el mejoramiento de los escenarios epidemiológicos y ambientales de la región. En cualquier caso el hecho de que en la propia sociedad norteamericana se estén visibilizando señales de agotamiento del modelo social y energético del petrolerismo y de su crisis ecológica, podría augurar un atenuarse de la ingerencia negativa de las corporaciones del Norte y cierto despertar antisistema de las bases sociales por tanto tiempo adormecidas de dicho país.

¿En qué grado se puede considerar a los consumidores finales de Europa o EEUU corresponsables de lo que está sucediendo en las zonas de extracción? ¿En qué medida cree que empresas del Norte, administración del Norte o consumidores son responsables y/o agentes de un cambio necesario?

Innumerables estudios muestran las elevadas tasas de consumo de productos energéticos no renovables y las elevadísimas cuotas de desperdicio energético que ha dominado la reproducción de las sociedades opulentas del Norte y de circuitos sociales ligados a los sectores empresariales del Sur. La preeminencia de una lógica de costo beneficio reducida a las cuatro paredes de las empresas, que procura privatizar las ganancias y socializar los costos de destrucción humana y ambiental, destruye la sustentabilidad y salud de dichas sociedades y se constituye en una verdadera negación estructural de las formas de vida y sustentabilidad.

Se evidencia una respuesta muy lenta de las grandes corporaciones y del mundo empresarial frente al doble calentamiento social y climático con sus funestas consecuencias. Como en todo período de las grandes crisis de la humanidad será el movimiento de los pueblos organizados la mejor garantía de que se consoliden ese otro mundo posible, donde existan espacios y condiciones reales para la biodiversidad, la capacidad vital, la salud y la consolidación de socio-ecosistemas sustentables y saludables.

En varias confrontaciones de la lucha contra la agroindustria destructiva y la minería, hemos atestiguado vitales alianzas entre las luchas de organizaciones del Sur y del Norte. Hemos visto la complementariedad de la lucha de los sindicatos y consumidores del Norte con las del Sur en procesos como lo de comercio justo, o boicots a las empresas, o el apoyo a líneas de producción justas y sustentables. Esas experiencias son preludios interesantes de nuevas expresiones del internacionalismo.

AGROINDUSTRIA

Usted ha trabajado en los últimos años en los impactos sobre la salud de la agroindustria. ¿Podría señalarme qué aspectos son los que más le preocupan en la actualidad en este sector tanto para los productores como para los consumidores?

En países como el Ecuador la industria domina la agricultura y establece con esta un sistema de relaciones que tienen profundas consecuencias para la salud y los ecosistemas. En estas sociedades se observa un desarrollo desigual y combinado de dos sistemas de acumulación de capital agroindustrial que Blanca Rubio (“Explotados y Excluidos: Los Campesinos Latinoamericanos en la Fase Agroexportadora Neoliberal. Quito: SIPAE, 2009 83era edición) clasifica en articulados y desarticulados. Los primeros donde se impone a la agricultura el papel de productora de alimentos baratos para la fuerza de trabajo y el mercado interno; y la segunda, donde las agroempresas neoliberales relegan esa tarea de la agricultura y más bien la dirigen a la producción de bienes diversificados de alta calidad para mercados suntuarios y externos. En esas dos circunstancias la articulación de las pequeñas y medias economías campesinas y de las comunidades agrarias varía. Si se afirma y expande esta segunda forma, se podrá esperar una profunda crisis del agro y la rápida desestructuración y descapitalización de los agricultores menores, una crisis de la soberanía alimentaria y una creciente vulnerabilidad y dependencia de nuestros países respecto a los economías agrarias hasta ahora subsidiadas.

En los escenarios agroindustriales se han constituido espacios agrarios caracterizados por una creciente reconcentración de la propiedad sobre la tierra y el agua, donde se esconden, tras focalizados incrementos de ingreso mediante el asalariamiento industrial de los campesinos o propuestas de trabajo asociativo ligado a las grandes empresas (asalariados en casa), las profundas huellas del impacto social, humano y ambiental. El florecimiento de patrones de vida malsanos y de un conjunto enfermedades ligadas a la exposición masiva a agrotóxicos, no sólo en los trabajadores sino en los estamentos más vulnerables de las comunidades de dichos espacios agrario; el aceleramiento de formas de pérdida de identidad y patrones culturales protectores y solidarios; la expansión de contaminación en los sistemas hídricos; las pérdidas de biomasa y biodiversidad; el monopolio y agotamiento de los recursos hídricos; como crisol para el florecimiento de una variedad de enfermedades y el deterioro de la salud.

Las nuevas constituciones, leyes y políticas de nuestros países son una plataforma importante para la consolidación de agendas que impulsen una movilización para confrontar esas tendencias negativas, levantar acciones por la equidad y la salud, en definitiva por el desarrollo de una ruralidad sustentable, la defensa y ampliación de la economía ligada al mercado interno, la implementación de sistemas agrarios armónicos con la madre naturaleza, donde tanto las empresas como las comunidades y unidades de agricultura familiar se desenvuelvan bajo procesos de protección humana y seguridad.

¿Existen causas estructurales a estas problemáticas sobre la salud? ¿Podría señalarme algunas medidas que se podrían tomar para solventarlas?

En los escenarios agrarios que describimos en las respuestas anteriores hemos esbozado los procesos estructurales que operan en la determinación social de la salud. En relación con éstas, no cabe duda de que las soluciones de fondo pasan por la

reforma agraria, el reordenamiento territorial y la instauración de un orden agrario que posibilite la consolidación de los pequeños productores y de empresas asociativas no monopólicas y la expansión de sistemas productivos basados en la agroecología y en el manejo integral alternativo de plagas, por parte de las empresas.

Cabe destacarse aquí algunas experiencias importantes que describen algunos tipos de líneas de acción en Latinoamérica. La más importante sin duda alguna podría representarse en las experiencias de organización ampliada como son el movimiento de los sin tierra en Brasil, y las organizaciones indígenas campesinas de Ecuador y Bolivia. Sus conquistas más importantes se han dado en el terreno de la equidad social y la reforma agraria. En el dominio regional o local las nuevas constituciones de Ecuador y Bolivia establecen elementos de la soberanía hídrica y alimentaria, de la protección de los derechos de la naturaleza que son fundamentales.

En el caso ecuatoriano la acción concertada de organizaciones campesinas y de actores académicos como los del Sistema de Investigación Agraria (SIPAE) lograron avances importantes en la nueva constitución, y ahora están empujando el logro de nuevas leyes que consoliden los preceptos constitucionales en asuntos como la soberanía hídrica y alimentaria y otros.

En esos contextos, como lo hemos expresado antes, son especialmente importantes los procesos de transformación de los sistemas productivos de uso intensivo de agrotóxicos hacia sistemas agroecológicos y de manejo integral de plagas; medidas que, sumadas a la implementación de sistemas de protección humana y monitoreo permanente de los procesos determinantes de la salud y sus efectos, son necesidades urgentes para lograr la integralidad de los sistemas de salud. Las alianzas internacionales antes descritas, para impulsar una producción justa y segura, son igualmente importantes.

Se habla de la agroecología como modelo alternativo al muy mayoritario agroindustrial. Algunos actores (principalmente pequeños y medianos campesinos, pero también ONGs) lo están tratando de vehicular al entorno del concepto político de Soberanía Alimentaria. En su opinión ¿cuáles serían los principales efectos en relación a la salud de un cambio de modelo político que potenciara la soberanía alimentaria para productores y consumidores? ¿Serían significativos o colaterales? ¿Serían para todos por igual o algunos se beneficiarían más que otros?

Como ha quedado explicado, la adopción de un nuevo modelo de desarrollo agrario, que parta de un movimiento de reordenamiento territorial y de un proceso de reforma agraria, y que se proyecte hacia sistemas sustentables de producción de gran escala o de pequeña escala sería la base para el impulso del derecho a la salud en los vastos territorios agrícolas. Soberanía alimentaria es un pilar que, sumado a los otros elementos, sustentaría la posibilidad real de un cambio nutricional. En la actualidad lamentablemente esa visión integral es reemplazada por la aplicación de programas de seguridad y suplementación alimentaria que no atacan las raíces de la problemática y constituyen medidas funcionales a la misma estructura de poder.

Si se impone una línea integral es de esperarse que se puedan controlar los problemas de malnutrición (subnutrición y sobrepeso); los problemas de toxicidad masiva por agrotóxicos, con su cortejo de componentes (trastornos genéticos, neurocomportamentales, endocrinos, inmunes y reproductivos, hematopoyéticos, digestivos, renales, etc.); las neoplasias; las malformaciones congénitas; etc.). Nos se diga los trastornos como las transmisibles, que nos acompañan desde épocas del capitalismo temprano.

OGMs, nanotecnología... ¿qué puede aportar la medicina a la gestión de los riesgos tecnológicos vinculados con la salud?

En todos nuestros países se han publicado estudios interesantes que nos alertan sobre los impactos humanos y ambientales de los organismos genéticamente modificados y de la nanotecnología. Si bien las investigaciones focalizadas en las relaciones más específicas con la salud están recién despegando y en nuestro medio son difíciles de estudiar por la falta de disponibilidad tecnológica, circulan evidencias de centros foráneos muy preocupantes que de confirmarse ameritarían la aplicación inmediata del principio de precaución. El empleo masivo de cosméticos con componentes nanotecnológicos, por ejemplo, o la expansión de cultivos transgénicos, si bien está restringido por las nuevas constituciones, aun quedan resquicios legales importantes que deben ser objeto de una cuidadosa legislación y de campañas de concientización ciudadana que deben implementarse para consolidar la lucha contra los cultivos y semillas transgénicos, e incluso frente a la multiplicación de inmenso cultivos transgénicos como los de soya y agrocombustibles, cuyas nefastas consecuencias comienzan a ser ampliamente documentadas en la bibliografía científica latinoamericana.

NIÑOS Y DESIGUALDAD EN LA SALUD

En sus trabajos ha demostrado que existen contrastes muy marcados de la calidad de vida y mortalidad infantil entre diferentes barrios de ciudades de América Latina, según sea su estructura social ¿Cuál es la situación actual? ¿Afectan a esta diferencia los factores ambientales diversos en las ciudades? ¿Cuáles son a su parecer los aspectos principales que generan estas diferencias?.

Nuestros estudios sobre la mortalidad por clases sociales en la ciudad de Quito realizados a fines de los 80s, mostraron las abismales desigualdades de la mortalidad infantil, y sobretodo de su componente postneonatal. En una misma ciudad los señalados índices, así como el acceso a los servicios de salud mostraron contrastes alarmantes e incluso nos permitieron demostrar que los servicios de salud pueden lograr poco ante las condiciones sociales adversas.

Varios estudios más actuales, lamentablemente centrados exclusivamente en indicadores de la llamada "pobreza" muestran empíricamente que se han agravado las profundas diferencias sociales, como la de género y entre grupos etnonacionales. Sin embargo, al margen de la incapacidad actual de los sistemas oficiales de información

para hacer visibles y explicar dichos problemas, no cabe duda de que el patrón epidemiológico de las desigualdades se ha complejizado. A las inequidades de morbimortalidad en menores, debidas a problemas como la desnutrición y las transmisibles, se suman ahora las que corresponden a muertes por problemas modernos de la irresponsabilidad ambiental del capitalismo, tales como las radiaciones, la contaminación química, el deterioro socialmente diferenciado de la calidad del aire, y los patrones de una variedad de formas de violencia.

El planteamiento básico de la epidemiología crítica es que esos contrastes son la expresión de una estructura de poder y de la relación distinta que cada clase social tiene con dicha estructura de poder lo cual moldea los llamados modos de vivir que, con sus patrones estructurados de trabajo, consumo, organización y soportes sociales, formas culturales y relaciones con los ecosistemas, determinando a su vez los patrones de exposición y vulnerabilidad y, consecuentemente, el tipo de protectores o procesos destructivos que experimentamos, hasta desarrollar condiciones variables en los fenotipos y genotipos, y finalmente procesos de salud y enfermedad típicos para cada grupo característico.

Dichas circunstancias están modificando los patrones de morbimortalidad infantil y exponiendo a nuestros niños a nuevos patrones de trastornos.

¿Podría usted citarme algunos ejemplos positivos y negativos para gestionar estas diferencias?

El problema cardinal es el contenido y la dirección de la gestión o acción público-social. Es la voluntad política de mandantes y mandatarios la que encarrilla la salud colectiva en líneas concretas que resuelven o soslayan los problemas. El atractivo principal de la gestión funcionalista radica en que produce la sensación de un análisis holístico, o sistémico, ofrece la sensación de movimiento, aunque reduce la visión de totalidad a los vínculos externos de subsistemas esencialmente equilibrados y tendientes al ajuste permanente. Bajo esa óptica, campos como los de la salud y la ecología, por ejemplo, se abordan como subsistemas en equilibrio donde los problemas son apenas desajustes funcionales, que se producen y corrigen en dichos subsistemas locales o particulares, donde poco tienen que hacer las determinaciones históricas de la estructura económica, de la dominación política y cultural. Está claro que ese tipo de orientaciones suscita apenas medidas focalizadas y guiadas por la noción de recuperación del equilibrio o statu quo. Mientras que la salud colectiva propugna cambios estructurales para poder transformar los patrones de vida y las condiciones derivadas de salud. La disyuntiva es clara, por ejemplo, si enfrente la malnutrición y anemia infantil en menores campesinos, podría plantearme exclusivamente la tarea de administrar a los menores de 5 años, dosis de una suplementación de nutrientes; con eso logro modificar dentro de ciertos límites la tasa de anemia ferropriva, pero no he cambiado ni la calidad de vida integral de los niños, ni contrarrestar los otros procesos anemizantes, como puede ser la exposición a agrotóxicos u otros contaminantes. Tengo por tanto que pensar que, si bien hay que corregir los niveles de hemoglobina de esos niños como expresión de sus condiciones de vida, una salud pública crítica y

realmente preventiva tendría que coordinar acciones con los sectores agrarios para lograr el buen vivir de los campesinos de esa localidad, asegurando su acceso a la tierra, al crédito, al riego y a servicios agrarios y sociales suficientes. Sólo entonces tiene sentido y eficacia sostenida la aplicar de aquellos suplementos u otras medidas asistenciales. Claro que para esto último hay que dar un vuelco al modelo de salud y superar la visión medicalizada y asistencialista.

En resumidas cuentas, la contradicción principal que cabe resaltar es entre los abordajes críticos emancipadores, ligados al empoderamiento colectivo, enfocados en la prevención profunda, y complementados de una asistencia equitativa curativa y de prevención individual, versus la preponderante tendencia a las modalidades funcionalistas que focalizan acciones cosméticas en ciertos efectos finales de enfermedad individual.

Los programas basados en el modelo biomédico, asistencialista y de lógica esencialmente curativa e individual habrá que transformar en programas integrales que se ocupen de la salud y no de la enfermedad, que aborden tanto las tareas específicas de profesionales de salud, cuanto las tareas de salud que deben cumplir otro tipo de profesionales por fuera de los servicios de salud en el terreno de la prevención y la promoción integrales.