



Congreso AMGBA – 2015

Conferencia

CONTRIBUCIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA A LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Dr. Jaime Breilh. Director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar.

Coord. Carmen Baez. Médica. Consultora en Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Congreso AMGBA 2015

Dra. CARMEN BAEZ

El Dr. Prof. Jaime Breilh es en este momento el director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar. Es fundador y director ejecutivo del Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Es presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina y tiene una asignatura a su cargo llamada Doctorado Andina en Salud y Ambiente.

No voy a hablar de las publicaciones, que son muchísimas. y de una diversidad increíble. Pueden verlas en internet.

Lo que ha marcado la vida de Jaime es justamente eso, la lucha para enfrentar el poder en lo que es la epidemiología positivista, la epidemiología que es la que nos enseñan o no nos enseñan. Pensamos que lo que estamos aprendiendo está bien y nos olvidamos de qué hay más allá de eso, de esas variables, de esos números que nos hacen aprender.

Invito a Jaime a pasar al podio a exponer y después abriremos debate.

Dr. Prof. JAIME BREILH

En muchos escenarios esta Federación es una promesa importante para no solamente Argentina sino para América Latina. La confluencia de una conciencia en los servicios de salud organizada. Lo que significa la Federación es supremamente importante para la región entera, no solamente para la Argentina.

En segundo lugar, quisiera -como decimos en mi país- curarme en el sano aclarando que, si es que yo tengo alguna opinión crítica sobre el ejercicio de la medicina, lo hago desde un profundo amor a mi profesión. Yo soy presidente de la Academia Ecuatoriana de Medicina. Tengo el orgullo de ser médico. No tengo un problema con la medicina como tal. Por el contrario, entre otras cosas sueño con que mi nieto sea médico, es decir tengo un profundo afecto y respeto y aún tengo nostalgia por mis épocas de la cirugía. De tal manera que yo no tengo nada con respecto a la medicina. Pero voy a referirme con dureza a una crítica a lo que el poder, el gran poder pretende hacer con la medicina mercantil y los obstáculos que crea para la buena medicina, como la que hace esta Federación.

Entonces quisiera, a más de agradecerles por la acogida y por tener el privilegio de participar en este Cuarto Congreso de la Asociación de la Provincia de Buenos Aires, rama de la Federación que está formada por directos amigos, creo que es una oportunidad para yo hacer unas reflexiones que a lo mejor puedan tener alguna utilidad para lo que ustedes están empujando Y el saludo que les traigo de nuestra Universidad, de la Academia.

Quisiera empezar también destacando otro elemento. No es de ahora que nos encontramos la gente que tiene un espíritu crítico. Porque eso es lo que dice el lema de este encuentro, es el pensamiento crítico para el desarrollo del sistema de salud. Pues ese pensamiento crítico tiene raíces profundas y aquí tienen ustedes 2 figuras. Una de Argentina y otra de Ecuador, que son los grandes inspiradores, o los iniciales inspiradores de lo que sería el movimiento de la Medicina Social, que en esa década convulsionada de los 30 estuvieron presentes con su discurso, con sus conceptos, con su crítica, con su profunda crítica del sistema en América Latina. Ahí tienen



ustedes un encuentro entre el pueblo argentino y ecuatoriano a través de dos figuras de las cuales tenemos mucho orgullo los latinoamericanos. Ramón Carrillo y Ricardo Paredes.

Creo que es muy importante y es decisivo que la Federación y la Asociación en Buenos Aires haya decidido destacar, darle preeminencia a la idea del pensamiento crítico. El pensamiento crítico subrayado para la transformación del sistema de salud. Tal como está el escenario del mundo, y de América Latina inclusive, yo creo que los pueblos organizados para defender la vida de esta vorágine de codicia que nos ofrece el gran sistema dominante no podrán salir adelante solamente con esa organización, o esa organización no podrá sustentarse, si no consolidamos el pensamiento crítico. Y eso es palabra mayor porque hay unas importantes complejidades en ese debate.

Yo parto de algunas preguntas que quisiera, que espero, que mis reflexiones y mis ejemplos logren de alguna manera, no responder, pero por lo menos situar su importancia.

Primero, pareciera mentira, pero todavía tenemos que preguntarnos desde la perspectiva del pensamiento crítico qué es la salud. No está claro para muchos que son hiper especialistas de la salud, lo que es la salud. Se ejerce la salud sin saber lo que la salud. Esa es una gran realidad. Preguntémonos, sigamos preguntando qué es la salud.

Segundo, cuáles son los espacios donde esa salud se construye. Cuáles son las dimensiones que ésta abarca. Qué es eso que llamamos ahora -bajo el alineamiento del pensamiento complejo- salud.

En tercer lugar, esto tiene implicaciones. Las dos primeras inquietudes tienen implicaciones para repensar lo que es el Derecho a la Salud. Porque el Derecho a la Salud no solamente es el derecho a los servicios de asistenciales de salud, sino que es mucho más que aquello. Y, quizás como corolario de lo anterior o por aquello de la deformación de oficio, me tengo que preguntar como epidemiólogo que soy, qué hace la epidemiología crítica frente a todos esos desafíos. Un poco en esa unidad de estas cuatro inquietudes es que voy a tratar de moverme entre algunos conceptos y algunos ejemplos.

Entonces vamos a esto de la salud. La salud, si la queremos mirar más allá de la visión reduccionista, tenemos que mirarla desde una perspectiva epistemológica integral. Eso implica que hay que pensar la ontología de la salud, la epistemología de la salud, y la praxeología de la salud. Confieso aquí -porque además aquí está mi querido hermano Julio, quien ha desarrollado, ha penetrado con enorme sabiduría los otros saberes y las otras perspectivas- que yo voy a estar inscripto de alguna manera, con algún peso, en la reflexión desde la Academia, que algunos mal llamarían desde el pensamiento occidental (que no es así, pero desde la Academia), y con algunos enunciados al respecto de la importancia de la interculturalidad y de los otros saberes y de las otras perspectivas que no están enmarcadas en lo en la clásicamente reconocido como salud asistencial o salud pública, pero de todas maneras va a haber un sesgo en eso en mí en mi presentación.

Decía yo que la salud, vista ontológicamente, epistemológicamente y desde el punto de vista de la praxis, implica un buscar de estas diferentes perspectivas desde las cuales se puede justamente pensar la salud. Este pensamiento de la salud significa, por tanto, que reconocemos que hay una interrelación cuando pensamos en salud y en el ejercicio concreto en una sociedad de la salud, que hay una implicación, hay un movimiento, hay un dinamismo profundo entre estos tres elementos de todo conocimiento, que son la construcción del objeto, la construcción del sujeto, que se mueve en un escenario de práctica, en un escenario de praxis.

El objeto que define lo que hay, qué es lo que hay en salud, qué es lo que existe en salud. El sujeto como lo pensamos, qué preguntas le hacemos, cómo encaminamos, orientamos los modos de pensar y, finalmente, cómo actuamos. Todo aquello tiene que ver, entonces, con que para poder pensar qué es salud hay que pensar la salud como objeto, la salud como sujeto y la salud como praxis en su interrelación, además.



Y para todo eso es inevitable que entendamos que la articulación de como miro el objeto, el sujeto y la praxis, su movimiento, su relación, su preeminencia de uno o de otro elemento va a depender del paradigma desde el cual nosotros enfocamos esa realidad. Porque todo conocimiento, no solamente el de salud, implica ese movimiento entre un sujeto que conoce y un objeto que es conocido para para actuar sobre él, y eso se da en un escenario de un hacer. Ese escenario de un hacer, desde el punto de vista del conocimiento científico, implica una metodología, implica un método, y ese método se apoya en ciertas técnicas. Y, cuando nosotros construimos esa relación metódica y la aplicación de técnicas estamos implicando un conjunto de elementos que son justamente estos elementos que conforman un paradigma. Es decir, los valores, la estructura simbólica, valores y formas de relación de incidencia de lo que estamos planteando. Es decir, en conjunto, un paradigma. Está visión del paradigma, no voy aquí a detenerme en el debate sobre los límites de la visión kuhnianas de paradigma, sino que voy a rescatar la idea de su originador, que es que el movimiento se mueve por transformaciones profundas, por revoluciones científicas, como como lo planteó Kuhn y que eso no es un fenómeno dado solamente por las cabezas brillantes de personajes, sino que es un proceso colectivo del saber. La forma como se arreglen esos elementos va a definir cómo se concibe la salud. Pero yo me quiero referir -y aquí inicio una visión de un elemento crítico- que es cuál es la concepción dominante de la salud. Porque esa concepción dominante que tiene todo el poder atrás, es la que condiciona en un sentido una medicina comercializada, o las perspectivas comerciales de la salud, y también crea condiciones muy negativas para los espacios donde se construye otra visión de la salud no dominante contra-hegemónica.

Esto nos hace pensar que hay una estrecha relación entre el modelo biomédico que vamos a cuestionar -vamos a cuestionar el modelo farmobiomédico-, este modelo biomédico no se da al vacío, ni se da como un simple producto de espacios especializados de la gestión médica, sino que está profundamente influido por sistemas interpretativos, en este caso muy fuertemente influido por el paradigma positivista, y esta relación se desarrolla también en un ambiente más amplio, en un episteme como diríamos en términos foucaultianos, un episteme donde hay el predominio de cierta cultura sobre el cuerpo, sobre la salud sobre lo biológico, sobre la vida y una mercantilización indudable, todo lo cual se va a desarrollar en el marco de ciertas relaciones sociales de poder. Es decir, desde varias perspectivas de la epistemología críticas, tanto pasando desde las marxistas (Bourdieu), las del constructivismo crítico, todas las grandes teorías epistemológicas sobre el conocimiento, van a entender que hay una relación profunda de estos elementos. Es decir, lo que pensamos, o lo que se enseña a pensar a los médicos o médicas en nuestros centros de formación está interrelacionado, está inscrito, en esta relación determinante.

Y ahí es donde entendemos que la tecnología médica o la visión del paradigma positivista sobre la salud, implica entre otras cosas una expropiación, una desposesión al ser humano sobre el conocimiento de su propio cuerpo. No me refiero aquí solamente a la apropiación del cuerpo femenino y a todos los problemas de género en esa línea, o de otros tipos, sino me estoy refiriendo en general a que la sociedad de mercado, la sociedad capitalista mercantiliza, deja de pensar en todos los elementos de la realidad de otra forma que no sea ubicándolos como elementos de valor de cambio. Entonces si el cuerpo tiene un valor de cambio, esa filosofía, esa visión, ese modo de entender las cosas, va a implementarse en formas de práctica médica, que es lo que nos preocupa.

Pero además quiero resaltar algo muy reciente que acabo de sacar del Guardián, uno de los periódicos más importantes de Inglaterra, donde se denuncia, se informa a la humanidad que la Facultad de Biblioteca en Harvard -creo que desde cualquier perspectiva ideología que se mire Harvard es una de las universidades que gravitan que pesan, que son de peso en el mundo-, pues esta gran universidad norteamericana cuya Facultad de Biblioteca acaba de decir no más al negocio de las revistas médicas. Es decir, el descomunal, obsceno, incremento de precios de



las revistas, de las grandes revistas de alto impacto. Y esas revistas -que son las que se exigen a los médicos para calificar en concursos docentes, etcétera, etcétera- ya no las aceptan más, porque dicen que es un negocio que además tiene una trampa. La trampa es que se están pagando, no solamente se está pagando cantidades de insultantes de dinero por estas publicaciones periódicas, sino que lo que es más grave, que esa producción que está en esas revistas, son hechas por estudios la mayor parte de fondos públicos. O sea que se hace la investigación con fondos públicos, se comercializa el producto, se controla a través del peer review (N de la R: revisión por pares) Hay un dominio total de lo que los dueños de esas revistas decidan. Y esto es lo que se valorará como calificado médicamente, como válido médicamente, en el resto del mundo. Eso estarán mirando a nuestros residentes de los hospitales, eso estarán mirando nuestros estudiantes en la facultad, etcétera. Es un mundo en el cual nos expropian el cuerpo, nos expropian los elementos para poder transmitir conocimientos, nos crean unos parámetros de evaluación, nos miden con esos parámetros y ahí quedamos descartados todos quienes pensemos diferente al gran establishment de la salud. Ese es el modelo farmobiomédico que concibe el objeto salud como enfermedad en individuos. Para esa visión el problema central objetivo de la salud es cuerpo enfermo. El sujeto somos profesionales de los servicios y la práctica es asistencia.

Ese es el modelo, estoy diciéndolo “en pastilla,” pero hay que reconocer que, para que el modelo subsista y se reproduzca, requiere además del control del poder económico político y cultural, que requiere un paradigma que lo respalde, que lo que lo haga viable, y ese es el paradigma positivista.

Así nos entrenan desde el primer día de la facultad hasta el último y eso es lo que lo que, en definitiva, pone en juego esto que podríamos decir en términos epistemológicos, una visión cartesiana de la salud, una visión cartesiana donde se disuelve la realidad, la realidad de nuestras sociedades y se pasan a destacarse sus partes. Esas partes son esas variables aisladas, esos factores de riesgo, que son las partes que combinamos mediante un modelo formal y llegamos a una supuesta totalidad que es la totalidad estadística, solo supuesta, porque en definitiva lo que está ahí presente es la lógica de pensar en la salud como individuos, y esos individuos rodeados de factores de riesgo. Luego lo social sería simplemente un factor externo al individuo. O sea, rompo la realidad en individuos, el mundo de la salud sería el mundo de ese individuo y lo miro rodeado y digo: sí, soy social o hago epidemiología ambiental, o social o ecológica, porque lo rodeo al individuo de esos factores de riesgo y lo hago mediante un modelo de regresión, un modelo de análisis factorial, o lo que fuera. Hay modelos muy sofisticados que todos usamos, que nos dan esa imagen de que estamos relacionando el mundo, cuando lo que hemos hecho es crear una ficción de este tipo, una deformación de este tipo. Además, muy sabiamente dice que las ciencias sociales que actúan con los métodos empírico analíticos, que es lo que acabo de decir, definen a la realidad social como un sistema constituido por una conexión funcional de regularidades empíricas. O sea, al mundo, en vez del mundo y su realidad profunda, estamos reemplazándolo por aquello que es visible como partecitas que pueden ser detectadas como variables y eso se refleja mediante una conexión deductiva matemática. Algunos sofistican ese modelo y dicen es el individuo, individuos de esta población, donde arreglo los factores del ambiente llamado físico, factores del ambiente social, factores del cambio climático, factores del ambiente biológico, etcétera. pero de todas maneras seguimos con esa visión factorializada, atomizada, que nos disolvió la esencia de la sociedad. Esa esencia de la sociedad justamente es desfigurada porque, para esta visión positivista, lo social es externo a lo biológico, lo social es algo que existe fuera de lo biológico que sería nuestro cuerpo. Nuestro cuerpo sería el animal biológico, psicobiológico, y hay algo externo que es lo social. Y, cuando analizamos desde el punto de vista patogénico, decimos allá hay un factor etiológico que lleva a una determinada enfermedad. Ahí está completo el círculo individuo-enfermedad-etología personal. Y así se mueve el mundo clínico, el mundo médico. En donde entra esa persona a la

consulta, dentro de las cuatro paredes de la consulta, ese es el mundo de la salud. Y está desconectada de su mundo de clases, de su mundo social, de las relaciones sociales integrales, de la que es desprendido ese caso de cáncer, o ese caso de autismo en el niño, o ese caso de una hipertensión, o de una enfermedad crónica cualquiera, etcétera, etcétera.

Entonces, la epidemiología latinoamericana crítica empieza desde los años 70 a mirar esto con un cuestionamiento, que yo voy a tratar de desarrollar rápidamente. Y entonces dice: esta visión es de factores sociales con impactos cuyo efecto es biológico. El auto de la UCAM biológico de factores sociales (N de la R: coche ecológico de la Universidad Católica de Murcia). No reconoce que hay una unidad en donde el conjunto complejo de la sociedad tiene elementos constitutivos que son sus grandes grupos, y esos elementos a su vez están constituidos por individuos. Pero es una arbitrariedad desconectar el individuo de su clase y a la clase de su sociedad. Esa unidad es la que nosotros luchamos por reconstituir para poder mirar la salud desde un punto de vista integral. El concepto de la OMS, el famoso concepto de la Organización Mundial de la Salud que pretende resolver esa esa visión atomizada, fragmentada, es todo y nada, porque en el intento de ir más allá de que la salud es la ausencia de enfermedad, dice, la salud es el completo bienestar físico mental y social y no apenas ausencia de enfermedad. Pero esa definición sigue reproduciendo, bajo una apariencia de integralidad, la misma lógica, porque es un elemento perceptivo desde el individuo, que sería el que supuestamente determina qué es el completo bienestar físico, mental y social. Seguimos reproduciendo esa visión. Y tenemos estas nociones como la patogenia, que es la parte de la patología que estudia cómo se engendran los estados morbosos, -estoy tomando la definición de patogenia-. Ahí tenemos que hacer algunas reflexiones críticas sobre la patogenia. Cómo se engendran los estados morbosos. Estamos preguntándonos cómo se engendra el estado morbo del individuo, o sea si vivo en la zona vecina a Córdoba, si estoy en Ituzaingó, y estoy pensando en un caso de leucemia que me viene a la consulta tengo que preguntar cómo vino la leucemia de Juan, de María, o tengo que preguntarme, si estoy pensando integralmente, cómo se genera la leucemia regional que está constituyendo patrones graves más vivos de esa situación en un estado de masiva contaminación con productos cancerígenos. Entonces la pregunta correcta es cómo se determina, no el estado morbo de una persona, sino cómo se determinan los procesos y espacios malsanos donde ocurren condiciones de salud que, algún rato, aparecen en cuadros morbosos individuales. Es una secuencia muy diferente que cierra el ciclo de la comprensión y no lo reduce simplemente al estado morbo de la persona como ente, como unidad de observación clínica.

Entonces, el énfasis en la generación individual de enfermedad o más bien en la determinación individual y colectiva de las condiciones de salud. Y el hecho de que estemos reconociendo lo colectivo no significa que minimicemos ni descuidemos lo individual.

Entonces hemos hecho algunos cuestionamientos y hemos dicho: la patogenia o proceso dañoso a la salud no arranca de un factor aislado contiguo empíricamente al individuo, sino de un complejo conjunto de procesos que determinan la exposición, la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento de una persona, de su familia y de su grupo. Y esa familia y ese individuo viven en las condiciones determinadas por el patrón de vivir de su grupo. No pueden fugarse, no pueden extraerse de esa relación. Miremos un caso ilustrativo. He tomado un caso ilustrativo justamente de nuestra propia realidad basada en un estudio que realicé hace un par de años en médicos residentes de internos de una ciudad de Quito, de Ecuador, que es la ciudad de Cuenca. Y tomemos hipotéticamente -omitido nombres y condiciones específicas- pero tomemos a Carlos. Un Carlos tomado de los datos de la investigación médico residente-individuo, que experimenta que viene a la consulta con cefalea persistente, fatiga crónica y desmotivación. Entonces ese caso, si es que yo lo miro desde un límite simplemente individual, lo que voy a decir es que el caso necesita un tratamiento a sus problemas y, de hecho, obviamente tenemos que atender este tipo de procesos -a lo mejor alguna medicación-, pero ojo, muchos de sus

colegas evidencian lo mismo, o elementos parecidos. Cuadros sindrómicos vecinos al de Carlos. Y entonces miramos que cuando entendemos el perfil de Carlos, y entendemos que es un residente de gineco-obstetricia, por ejemplo, de 34 años, casado, hijo de obrero industrial, que vive de su sueldo, en relación de dependencia, cuatro personas, etcétera, pero sobre todo cuando lo observamos su perfil laboral y sabemos que bien vive en un ambiente psicolaboral estresante con horas de turno en los últimos tres días de 44 horas, temperaturas extremas y cambios térmicos, promedio del sueño diario cuatro horas, rara vez hace ejercicio físico, con frecuencia come mal y de apuro, empezó a fumar más desde que inició este trabajo, cambio de peso desde que empezó (está una masa corporal elevada), tiene a su cargo 35 pacientes, 5 casos quirúrgicos complicados, 3 pequeñas cirugías, 15 tomas de muestras, 20 historias clínicas, 2 presentaciones, etcétera, etcétera, etcétera. Estoy haciendo un perfil que no es sólo de Carlos, es el perfil de todo el grupo laboral que está inscrito en un determinado sistema hospitalario. Y este sistema hospitalario, cuando nosotros lo desglosamos en las diferentes áreas de los servicios, digamos, para clínica, para cirugía, para para todas las demás áreas que tenemos aquí, vamos a ver que los niveles de problemáticas son enormes y masivos. Y nos llama la atención porque constatamos la relación que hay entre el modo de vivir típico de ese grupo, no solo de Carlos, ese modo de vivir que va a determinar patrones estables estructurados de exposición algo, a muchas cosas y de vulnerabilidad frente a esas cosas. Entonces vamos a entender que hay procesos sociales que se están expresando a través de esa mediación de esos patrones, en un trastorno. Y ahí vamos a entender que lo biológico de Carlos y de todos los Carlos que hay en ese hospital, van a tener patrones semejantes. Por ejemplo, van a atender desde la hora en que comienza el turno. Si tomamos una medida del cortisol desde que comienza el turno hasta que termina el turno, en vez de que descienda la curva circadiana de cortisol –como debe descender desde la mañana hasta la tarde- va a empezar a haber, o una reversión de la curva, o un enlentecimiento de la disminución del cortisol durante el proceso estresante en el turno. Y cuando co-relacionamos un test que yo diseñé de estresores con respecto al Burnout, o sea el Burnout como agotamiento extremo, establecido con sus tres grandes parámetros, uno de los cuales es la desmotivación que nos trajo a la consulta a Carlos, vamos a ver que hay una alta correlación entre el nivel de estresamiento y el quemado, está quemado, está agotado ese personal. Y entonces esa es esa situación que nos exige pensarle, no a Carlos alistado como paciente desenchufado de su realidad, sino que nos exige pensar que hay múltiples dominios concatenados, donde si bien tenemos a nivel micro singular, a cada profesional con su salud, su familia, sus relaciones, es decir con su estilo de vida personal. Pero ese estilo de vida juega en la dinámica que le impone a nivel de sub-grupo las condiciones globales del grupo al que pertenece, en su clase social, como un modo de vivir estructurado, que no es lo mismo el modo de vida del grupo que el estilo de vida personal, y que ese modo de vida se va a dar a nivel macro, gracias a la lógica social que se ha impuesto, en este caso, para organizar la política de los hospitales. Es decir, si yo no conecto la gran política que determina la lógica de los hospitales con los patrones generales que viven los médicos residentes y con, finalmente, los casos específicos que tengo en las personas, es decir si no conecto lo individual con lo particular y lo general, yo rompo la realidad de factores y creo un artificio falso que es Carlos con sus variables. Carlos con sus variables dice..., no dice nada. Al entender la relación de Carlos con sus variables vamos a tener que ubicarlos en esta relación. Y claro, cuando uno mira el caso ecuatoriano, el lado positivo de una política que tiene una enorme inversión, un crecimiento enorme de las inversiones en servicios asistenciales de salud, con un crecimiento de los médicos por mil habitantes notable que, si bien no nos pone todavía a la altura de países como Uruguay, etcétera, sin embargo es con respecto al propio país un salto enorme que el país ha dado del descuido que en las etapas más neoliberales se dieron, sin embargo miren ustedes que, al crecer en la oferta, crece la demanda. Y crece la demanda mucho más rápido que la oferta y entonces hay un crecimiento de egresos por mil sobre cada médico por mil habitantes

notable, variable en las diferentes regiones, pero esos son pequeños indicadores de una gran política de nivel general que va a condicionar patrones de comportamientos grupales y de ahí es que entendemos esas condiciones específicas de las personas. Ese crecimiento de la esa demanda, cuando le dicen al médico vea, usted tiene que atender ahora ya no 25 sino 40 pacientes, y ya no tiene 15 minutos siquiera, sino a lo mejor tiene 8 y, además, en ausencia o debilidad de políticas de trabajo y seguridad protección del trabajador y seguridad y con sobrecargas de los cargos en los otros espacios de su vida, que es el mundo fuera del hospital, entonces vamos a tener clarita esta integración, está visión integrada. Y si a eso sumamos los temas de género, notamos que los niveles de estrés severos son mayores en mujeres que en hombres, porque hay un tema de género que complica todavía más la sobrecarga de las responsabilidades de las médicas. Y si comparamos, vamos a entender que estas personas con problemas, con sus cuerpos y sus mentes, están ligadas a un estilo de vida individual, pero esto está incluido, está estructurado, subsumido, en un colectivo, en una realidad colectiva que es la que hay que estudiar porque ahí están los procesos, no factores, que están determinando ese movimiento. Entonces hacia eso vamos. Y a la importancia de reconocer que una cosa es del dominio individual de la salud y otra el dominio colectivo de la salud y que esto tenemos que conectarlo. Y que lo colectivo no es la simple sumatoria estadística de lo individual.

Entonces ahí viene este esfuerzo, está esta lucha de la epidemiología crítica latinoamericana para ir a comprender relación en general - particular - individual. Y para eso hemos utilizado algunas categorías. La categoría subsunción, la categoría multidimensionalidad, la categoría metabolismo - sociedad - naturaleza, han estado en el trasfondo de las explicaciones de la epidemiología crítica. La salud como un fenómeno multidimensional que abarca y co-relaciona los elementos generales, particulares e individuales. Y viene para asistirnos en ese trabajo la categoría determinación social de la salud. Y aquí quiero decir, antes de olvidarme, que determinación social de la salud no tiene nada que ver con determinantes sociales de la salud, que es la visión OPSiana, que es la visión OMS, la visión de Marmot, Sonlart, y todos aquellos. Esa visión de determinantes sociales de la salud es una deformación del pensamiento latinoamericano, es una claudicación, es un causalismo, a lo mejor bien intencionado, pero que tiene una ubicación que ahora está más clara que nunca, porque inclusive si ustedes visitan el blog de Michael Marmot ahora van a ver que está preocupado por lo que estamos diciendo en América Latina. Y a través de varios congresos sobre esta temática, tres libros publicados 2010, 2011, 2015, uno por Ceres, Brasil, otro por ALAMES, México, y otro por la Universidad Nacional de Colombia, que son textos pesados, muy consolidados, de una crítica al pensamiento de determinantes sociales de la OMS y la comprensión y la reflexión sobre lo que es la determinación social.

Yo voy a darles mi visión de esa determinación social, término que propuse en 1977, el de determinación social de la salud, que es esta relación entre estos elementos, es decir que el individuo con sus procesos, con su fenotipo, su genotipo y su estilo de vida, se desarrolle en un proceso particular y que este proceso particular se desarrolle en una sociedad con su lógica que le impone condiciones. Entre otras cosas, esta sociedad hace un metabolismo con la naturaleza y destruye, o no, esa naturaleza y crea condiciones de metabolismo diferenciado. Entonces ahí vemos como Carlos, su vida cotidiana, en su familia, su genotipo y fenotipo, está inscrito en un modo de vivir que está dado por una matriz de poder en la que juega la vida del interno y del residente, que depende en su condición de clase, de género, étnica. su modo de vivir, y esto está ligado a una estructura, a una lógica de cómo mueve el poder de la sociedad, tanto en términos de, también la estructura política y relaciones culturales y las formas de relación con la naturaleza que se da.

Entonces ahí viene la pregunta. Si es esa la lógica, si es esa la visión, que sería entonces un modo de vivir saludable. Ustedes saben que ahora hay una literatura sobre buen vivir, vivir saludable, (que) suma todas estas terminologías que incluso están en las constituciones de mi país y de

Bolivia, del vivir bien. Qué es vivir bien, qué es un vivir, nosotros decimos vivir saludable. Yo creo que para ir a entender aquello y poder juzgar y tener como referente en nuestro quehacer, tenemos que pensar cuáles son las características del ser humano que han generado ese vivir, el vivir bien. Y son estas cuatro, que yo llamo 4 eses de la vida. Estos son los cuatro requisitos para vivir saludablemente. Porque el ser humano para vivir saludablemente necesita una economía que reproduzca la vida, que reproduzca los seres vivos y que en eso sea *sustentable*, primera S. Una identidad y una cultura *soberana* libertaria. Una política de vida *solidaria*. Y un metabolismo *saludable*. Si no se cumplen estos requisitos en todos los espacios donde vivimos no podemos hablar de vivir bien.

Contrasten esto con decir “sociedad saludable” –metas del milenio- reducir la mortalidad infantil de 20 por mil a 19 por mil, es decir la mortalidad materna de 57 por 100 mil nacidos vivos a.... Ese tipo de lógica lo que está es creando una permisividad al sistema y está diciendo, si yo disminuyo un poquito estos trazadores, estos indicadores ya estoy construyendo una sociedad saludable. Y además si lo miro de espacios, creo la noción ficticia de espacios saludables. Los espacios son saludables cuando se cumplen estos elementos que mencionamos, y estos son justamente los que están siendo destruidos. Ahí se puede comprender las bases originales de la reproducción social que son éstas: sustentabilidad, soberanía, solidaridad, organicidad y seguridad de la vida.

Si una comunidad en la zona de nuestros países no tiene una economía sustentable que dignifique y que sostenga la vida -no digo el negocio, digo la vida-, si no tengo una autarquía para decidir si conservo mis semillas, lo que hago con mis semillas, o como vivo, como realizo mi fiesta, y tengo que importar McDonald’s para alimentarme, entonces si no es una organización, si no es una sociedad con organicidad, que tenga una organización cualquiera que ésta sea, una protección, soportes colectivos de defensa, y si no es segura la vida, si hay un metabolismo donde el ecosistema esté enfermo y los seres humanos están impactados por todas las sustancias y la toxicidad del mundo, entonces no podemos hablar de sociedades saludables.

Y nosotros, por tanto, dijimos que estas cuatro condiciones son las condiciones de una sociedad saludable. Nosotros tenemos operacionalizadas estas cuatro condiciones y podemos llevarlas a un instrumento de investigación de campo y decir si se cumplen o no estos elementos como un trazador inicial que, complementado con un profundo uso de técnicas cualitativas, pueden permitirnos establecer realmente un análisis de ese tipo.

Estas 4 S tienen que cumplirse en todos los dominios donde se da la vida humana y la reproducción de la vida. El dominio del trabajo, el dominio del hogar y del consumo, los espacios de organización los espacios de la cultura y los espacios de relación ecosistémica.

Si alguien me preguntara cuál es la gran crisis del capitalismo del siglo XXI, digo que se da en las 4 S. Es ahí es donde se muestra la cara destructiva de la sociedad actual en el globo, porque estamos, no viviendo la construcción de sustentabilidad, sino una economía centrada en mercancías, en objetos muertos que son vendibles. Es una economía en ese sentido de la muerte. No es una sociedad soberana, sino supeditada la lógica de la acumulación de riqueza cada vez en menos manos, modos de vivir sometidos al sistema económico y un estado dependiente. Estamos en una crisis de solidaridad y organicidad porque estamos viviendo una civilización del individualismo radical. Yo le llamaría una civilización de la soledad. En la apariencia de comunicación, estamos viviendo una sociedad de la soledad. Estamos viviendo una civilización del peligro y la incertidumbre, una civilización del miedo y del daño. Entonces, qué mundo es ese para poder trabajar con los sistemas de salud. Qué hacemos con hospitales de primera, en un mundo de ese tipo, me pregunto yo. Y nadie niega la importancia de los hospitales, jamás. Los hospitales son fundamentales. Los sitios, los servicios de salud de atención primaria son vitales de una sociedad, pero no desconociendo la articulación global con todo lo que hace “la” salud. Porque, al fin y al cabo, ¿dónde comienza el cáncer? comienza cuando el

paciente entra a la consulta o comienza en la mina, o comienza en la agroindustria donde está expuesto aún a un órgano fosforado, a un carbonato cancerígeno. ¿Dónde comienza el cáncer? y ¿dónde está la responsabilidad nuestra? Entonces, la determinación social, por tanto, no es una herramienta de gobernanza para ser cosméticas de mejoras de variables puntuales, sino que es para repensar y ampliar la justicia, para ofrecer recursos de rendición de cuentas y control social. Para esto es la determinación social. Es una herramienta para el cambio de la civilización, es un apoyo para ese esfuerzo de cambio de la civilización. Y el siglo XXI es un siglo de sociedad de mercado desbocada, la locomotora está loca, y esa locura está regida por la lógica de la codicia, porque mientras más codicioso es una empresa más destrozos hace en todas las 4 S. Entonces el espacio de la salud se realiza en una civilización de la soledad. Vivimos en un mundo de la soledad. aparentemente construido con otro sentido, o que se opone a esa soledad. En el caso latinoamericano tenemos la maravilla de nuestra cultura de familia, de abuelito, de vida conjunta, de no dejarnos privatizar el alma para ser gregarios, para ser colectivos, y eso es algo hermoso que este pueblo argentino tiene en varias versiones regionales, si no vivimos una sociedad de la soledad. Y hay que entender que esa civilización de la soledad amenaza a la cultura que ustedes tienen, que todos tenemos. La base material se impone a los modos de vivir. Una estructura que nos crea y nos reproduce el individualismo. Es un modelo de civilización, no solamente es una estructura económica, sino que esa estructura económica no podría pervivir si no tendría un modelo de civilización de la soledad.

Y a esto yo quiero llegar para dar en lo siguiente. Algo que no ponemos cuidado en un sentido integral y es que es urgente que se mire el ciberespacio con nuevos ojos. Yo creo que esta epidemiología crítica –y esta ha sido mi propuesta ya en varios congresos- tiene que mirar el ciberespacio. Nosotros creemos que el ciberespacio, el mundo de Internet, es un mundo que nada tiene que ver con nuestros desafíos de la salud colectiva. Todo lo contrario.

Y quiero tratar rápidamente de desmentir aquello.

Lefebvre, Harvín, Santos de Brasil, han establecido el dinamismo del espacio social, que es una evolución histórica del espacio social. Entonces el deterioro de las 4 S se da en los diferentes espacios. El llamado espacio social general, pero ahí están los espacios geográficos porque en ese espacio social se ubican las cosas, tienen una localización, tienen distancias que es el espacio geográfico. Ese espacio geográfico, además, está ligado a procesos ecológicos. Hay un espacio ecológico de relación con los ecosistemas en los que nosotros vivimos, pero hay un cuál y un todo que nos permite concebir para la planeación en territorios. O sea, el territorio es una articulación del espacio social, el espacio geográfico y el espacio ecológico y es un territorio que se define de acuerdo a la intencionalidad que la planificación tenga en un determinado momento. Entonces, lo que nosotros queremos mirar con ustedes es que estos espacios son espacios, que son a su vez dimensiones del conflicto histórico social. Hay un conflicto en el espacio general social sobre cómo se realiza la lógica de reproducción de ese espacio. Hay conflictos sobre espacios geográficos, conflictos de localización, de movilidad, de organización. Cuando una gran empresa decide destruir un barrio para hacer un centro comercial y destruir la agricultura pequeña, o los pequeños abastos, o las farmacias, etcétera, ese diseño espacial es una forma de conflicto, profundo conflicto, que crea, que crea aberraciones gravísimas, que destruyen la vida de los pequeños y generan plusvalor, plusvalía, y acumulación de capital a los grandes.

Asimismo, cuando nosotros tenemos el espacio ecológico ahí está la dimensión. A ver ¿qué vamos a hacer con este territorio? vamos a proteger la agricultura para la alimentación o vamos a crear un territorio de monocultivo avasallador para la exportación y la ventaja de dos familias. Esos son los grandes conflictos.

Pero ojo, hay también un conflicto sobre el espacio cibernético. El espacio cibernético, espacio donde se dan conflictos de identidad subjetividad, privacidad, socialidad, desarrollo neuro comportamental, es un espacio justamente en donde, más allá de lo que muchos creen que el

espacio cibernético como amenaza a la salud es solo el ciberbullying, los niños que se suicidan porque tienen ciberbullying, o ese tipo de cosas, van muchísimo más allá de eso. Es lo que nosotros lo hemos tratado de demostrar con varios estudios donde hay una penetración de la civilización a la que yo vengo criticando a través del ciberespacio, desde internet. Y entonces empieza a hablarse ya no solo de esa solución formal real que se habló en el siglo 19, sino que hay una subsunción cibernética, hay un sometimiento a la lógica de la vida cibernética. Sino vean ustedes, analicen la adolescencia actual y el uso de smartphones, o el uso de Internet. Ahí tenemos nosotros un espacio virtual que es convertido en un espacio de acumulación de capital. Porque ustedes tienen una nueva plataforma de acumulación, ideas y protocolos. Acumulación. ¿Quién es el que crea dónde está dándose el negocio de Facebook? ¿Por qué creen ustedes que un muchacho que empieza con un cuartito, ahora es uno de los grandes millonarios del mundo? ¿Por qué se hizo multimillonario y dueño de Facebook? Porque ustedes son los obreros, yo soy el obrero. Como el material que yo pongo en Facebook. Se acumula capital en dimensiones enormes. Por eso hay incluso ahora un movimiento de salarios para Facebook. Que es simbólico, porque dice págame por lo que me estás expropiando el trabajo. Si en una fábrica le expropiaron al obrero una parte del plusvalor producido, pues encima, en el ciberespacio te expropia todo, todo tu trabajo. Esas fotos, esos datos, ese cariño ese amor que mostraste en Facebook a tus amigos, etcétera, tienen un uso comercial. Se mercantilizan y se venden. Grandes mega bases de datos que se venden en trillones de dólares ¿para el dominio de qué?: para el dominio del mercado, para saber las tendencias de consumo, las preferencias de color, las preferencias de consumo de materiales diversísimos en todos los campos y son negocios descomunales y, además, nos meten en una lógica tecno ciber, cultura tecno ciber burocrática, que refuerza justamente todo aquello que niega una posición de seres humanos con un pensamiento crítico. Además, cuando ustedes miran en los estudios que los neurofisiólogos están haciendo sobre el mundo de dos dimensiones, de la pantalla, en lugar del mundo tridimensional de la realidad, se entiende que una cosa es tener amigos y otra cosa es tener audiencia. Y la audiencia es un reforzamiento de la individualidad aparentemente rodeada- tengo 700 clicks, o tengo 30 likes-. Entonces el campo del derecho a la salud tiene que renovarse.

Yo no puedo quedarme en los detalles porque ya se agotó mi tiempo, pero esto tiene implicaciones. Las 4 S, el modo de vivir, el derecho a la salud tiene que construirse en todos estos campos y en todos los espacios que yo acabo de mencionar. Si no se construyen todos ellos en las 4 S y en todos los campos, incluido el campo cibernético, todo lo que hagamos en los hospitales y los centros de salud y de las APS es como ir contra un tsunami. Es como que un niño estuviera empujando un barquito de papel contra el Paraná. Así nomás es de desproporcionado aquello.

Entonces tenemos que ir a niveles de justicia completos y, por tanto, la epidemiología crítica significa de qué somos críticos: de un sistema cuya reproducción y condicionamientos en esos espacios y en esas condiciones nos lleva a la muerte y a la destrucción de la vida. ¿Y cómo es crítica?: recuperando la unidad del mundo, radicalizando la comprensión integral de la inequidad e integrando una meta crítica intercultural. El conocimiento crítico tiene que ir ontológicamente, la salud como objeto a entender que es un mundo concatenado, que ese paciente, que esa que esa casuística no la podemos analizar separada de su realidad, que tenemos que enfocar procesos y no factores. Abajo con las teorías de los factores del riesgo. Ese es el gran cuento ficticio del positivismo empírico analítico. Vamos a los procesos. Procesos de la realidad que hay que transformar para poder producir efectos. En la praxis, transformación de la sociedad y no cosmética de variables de milenio, de reducciones de metas del milenio, etcétera, etcétera. Entonces quiero simplemente decirles que para llegar a eso ha habido un camino que está en los libros de la epidemiología crítica latinoamericana, un camino de rupturas, de varios tipos de rupturas actuales y anteriores, y podemos ahora construir una matriz. La epidemiología crítica tiene varias versiones, comienza en la medicina social con Paredes,



Allende, Sigueris, Rosen, Carrillo, etcétera, epidemiología clínica etno social, epidemiología eco social, etcétera, y la epidemiología de la determinación social. Hay mucho escrito y producido, muy rico que no llega a las facultades de enfermedad. No llega a las facultades de enfermedad porque ahí aprendemos la otra medicina, la medicina del negocio, aunque se vista de términos bonitos y de que le pongan una que otra asignatura de comunitaria, esas cositas, esas gaviotas que no hacen verano. Entonces hay que trabajar desde la perspectiva crítica.

Yo siempre cito este caso del lanzamiento de un libro, de un verdadero monstruo de la medicina social de la epidemiología crítica latinoamericana, de Cecilia Donnangelo (N de la R: Lo Social en Epidemiología-Instituto de Saúde-Sao Pablo-2014), cuyo libro fue lanzado en el último congreso de epidemiología en Brasil, al que asistían 8000 personas y tuvo unas 100 personas presentes y todo lo que era la tecnología del big data mining (N de la R: “minería de macrodatos” extrayendo valor de los datos almacenados, y formulando predicciones para uso de esos datos) en Internet (ya que) tenía 3000 a 4000 asistentes. Por ahí están las facultades de salud. Por ahí están las escuelas de salud pública. Están caminando en ese viejo carril perfectamente enrolado en la teoría y la metodología dominante. Todos nosotros tenemos que entender que hay que ir, no a un reformismo funcionalista, sino a una crítica emancipadora. Es la meta crítica que tenemos que hacer, no solamente es desde la academia, sino que tenemos que unirnos a todos los pensamientos críticos de la sociedad, de los de la afroamericanos, indígenas, de género, etcétera, que articula una meta crítica de la civilización actual. Tenemos que ir con respecto hacia esos saberes. Porque yo creo que, al igual que ustedes, hemos vivido lo que es la riqueza del saber popular, la riqueza de los saberes ancestrales y cuánto hay de importancia para lógica de la vida en esos saberes de los que tenemos que aprender. Y hay que llegar a un acuerdo con esas epistemologías críticas, ponernos de acuerdo con esas epistemologías críticas.

Yo puedo circular después, a través de Adrián y los compañeros de la Federación, esto que es toda la propuesta que hacemos de cómo articular esas epistemologías críticas para llegar finalmente a entender que, si no tenemos un conocimiento de nuestros pacientes, de la profunda inequidad que padecen, sino si no cuidamos estas nuevas dimensiones, vamos a tener un serio problema. Esto significa un desafío para nuestras universidades. Y contestar esta tremenda reflexión de Einstein, él decía: la única cosa que interfiere con mi aprendizaje es mi educación. Yo diría: ¡caramba! ¡qué cosa más sería dicha por unos grandes teóricos del pensamiento científico universal! A él le estorbaba lo que le pretendieron encausar y meter en sus nociones falsas de la pseudo física. Pues a nosotros nos molestan esas visiones de la medicina positivista comercial, que es la que rinde oportunamente, pero no rinde en términos filosóficos, ni éticos. Entonces creo yo que estamos sujetos a un mundo de presiones. Las universidades están amenazadas. Creo que es importante que hay que replantear los derechos y programas, es decir, no solamente irnos a lo orgánico y psíquico de las personas sino ir a su estilo de vida, y entender que ese estilo de vida se relaciona a su modo de vida. Que eso está llegando a la sociedad, que hay procesos protectores, como por ejemplo la “Alegremia” de nuestro querido Julio, y que hay procesos destructivos, malsanos, contravalores. Y esto se da en todos los niveles. Hay una lucha de procesos que determinan finalmente lo que será fisiológico, o lo que serán fisiopatológico. La prevención y la promoción tienen que jugar a fondo. No puede ser solamente promoción con pacientes en este nivel, tiene que ser una promoción en todos los niveles de la determinación. Y la prevención también tiene que lucharse en contra de todos los procesos destructivos. Y la promoción favorecer todos esos procesos protectores. Entonces podemos construir una realidad completa integral.

Yo quisiera simplemente en este sentido, terminar diciendo que la gran patria latinoamericana, parafraseando a Galeano, sigue teniendo sus venas abiertas. Quizás están más abiertas hoy que antes. Aún no es libre, ni soberana, ni sustentable, ni –peor- solidaria, condiciones que son sine qua non para que puedan realmente florecer modos de vivir saludables en todos los espacios donde ahora se impone la sociedad de la codicia, con su lógica de muerte.