

Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud¹

Jaime Breilh²

Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador

A la memoria de Juan Samaja y sus aportes a la construcción progresista de nuestro conocimiento.

Contextualización necesaria

Cada cierto tiempo aparecen en los campos de la investigación y la práctica categorías claves que condensan los puntos cardinales del debate y definen los puntos sobresalientes del disenso científico.

Esto sucede en cualquier rama del saber pero más aún en aquellas que, como la epidemiología, proveen herramientas para evaluar el modo de vivir de una población y el éxito o fracaso de sus proveedores económicos y políticos.

A través del tiempo, la epidemiología –como brazo diagnóstico de la salud colectiva y gracias a su capacidad para producir la imagen de la salud de una sociedad– ha estado permanentemente sometida a presiones cruzadas desde demandas y valores opuestos. De ahí que sus paradigmas interpretativos y modelos de investigación jamás han sido el resultado exclusivo de decisiones autónomas de los especialistas –académicos o no académicos– sino más bien producto de la interrelación entre las ideas y operaciones individuales de éstos, con las fuerzas, reglas, facilidades y obstáculos sociales de contextos históricos específicos (Breilh, 2008).

De ahí que la ciencia epidemiológica, como cualquier otra operación simbólica, “[...] es una expresión transformada, subordinada, transfigurada, y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad” (Bourdieu, 1989). Son ese tipo de relaciones de poder, y no simplemente las diferencias éticas o técnicas, las que nos permiten explicar una historia de disensos científicos en la epidemiología, como los que se dieron entre el *contagionismo conservador* y la

¹ Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES); octubre, 2011. Fue presentado en reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Rio de Janeiro durante Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.

² Jaime Breilh, Md., MSc. y PhD; director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar – Sede Ecuador; ; jbreilh@uasb.edu.ec

doctrina progresista miasmática en el siglo XIX; o entre las *explicaciones unicausales* y la *teoría social inicial* en la primera mitad del siglo XX; o entre el *modelo multicausal* –con el paradigma de riesgo como su brazo operativo– versus la *epidemiología crítica* en la actualidad (Breilh, 1987; Tesh, 1988)

El disenso actual sobre los llamados “determinantes sociales de la salud” pasa a ser uno de esos terrenos de oposición, donde se pugna por definir el campo de la salud colectiva; su contenido y su práctica. Para contrastar las perspectivas divergentes sobre la determinación social de la salud, para comprender por qué la reflexión de grupos de la salud colectiva latinoamericana se adelantó en tres décadas a la Organización Mundial de la Salud (OMS); para entender el debate actual sobre dicha categoría y los motivos por los cuales el pensamiento anglosajón invisibilizó la producción latinoamericana al lanzar al mundo su modelo, es necesario insertar dichas reflexiones en el movimiento de las relaciones sociales que batallan por constituir la práctica de la salud.

Aceleración de la economía y retroceso de la vida

Cuando diversos núcleos de la medicina social de América Latina enunciaron a fines de los años setenta sus primeras versiones sobre la determinación social de la salud, era un momento de lucha para rebasar los moldes de la salud pública funcionalista de entonces, haciendo visible la relación entre estructura social y salud; recuperando categorías fundamentales de las ciencias sociales críticas, como *sistema económico*, *trabajo* y *clase social*, que habían sido barridas de los modelos de la salud pública oficial. En ese momento el pensamiento hegemónico de la epidemiología se refugiaba en el paradigma de la tríada sistémica de Leavell Clark y en las redes de multicausalidad de MacMahon.

Pero ahora, la aceleración del ritmo de reproducción del capital en la economía global desde mediados de los ochenta, ha maximizado el deterioro de la vida en nuestro planeta. En el mundo y la sociedad actuales, mientras más rápido se reproducen las inversiones y ganancias, menos espacio y recursos van quedando para la vida en la Tierra. En contraste con los tiempos anteriores, no es que haya cambiado la naturaleza del sistema económico que rige en el mundo, sino que se han acelerado sus procesos, acortándose los ciclos de reproducción del capital, lamentablemente mediante mecanismos que han desatado no solamente devastadores cambios climáticos planetarios y destrucción de los ecosistemas, sino

también procesos globales de restricción estructural de las condiciones que se requieren para la reproducción de la vida y la salud. En la era actual, el vértigo de la producción, el culto a la competitividad y la celeridad de las operaciones económicas van de la mano con la religión del consumo.

La velocidad de flujos y operaciones que incrementa la rentabilidad es la justificación y fin de todo, pero la circulación y venta de mercancías es el requisito para completar el ciclo de la economía. Entonces, la lógica imperante es extraer, producir y distribuir, para generar productos que se puedan consumir. En ese movimiento, tras del eufemismo de la tan mencionada “globalización” subyacen tres grandes mecanismos de acumulación de capital y concentración de la riqueza social: la *aceleración*, el *despojo* y el *shock* (Breilh y Tillería, 2008), que han hecho que los niveles “normales” de deterioro de la salud en la pobreza se desborden y complejicen, tensionando al extremo no solamente el proyecto concentrador y privatizador, sino también la legitimidad y hegemonía de los moldes reduccionistas y lineales de los paradigmas que habían servido para la gestión funcional al poder.

La epidemiología ha sido instrumentalizada en ese contexto histórico, incluso para servir como recurso de cálculo de los paquetes mínimos del modelo de focalización instaurado por el Banco Mundial que, con la lógica de los mínimos de supervivencia y al convertir los derechos como la salud en mercancías a las que se accede por el mercado, empujó a la salud pública funcionalista a justificar mínimos de supervivencia y dismantelar los derechos.

Bajo esas condiciones surgió la necesidad de un modelo epidemiológico hegemónico, que crease además un puente entre los más acuciantes problemas de la aceleración con los hechos más visibles de la crisis de la salud. De ahí que el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS ha devenido en una respuesta de los sectores más alertas de la gestión internacional y nacionales, que validan una apertura de la cooperación internacional y de la gestión pública hacia acciones redistributivas, como sinónimo de equidad; orientadas hacia el control de las distorsiones mayores de la aceleración, pero cuidando claro está, de no amenazar el sistema social en su conjunto y articulando el círculo de análisis con las raíces socioeconómicas del poder y las relaciones sociales del capital.

“Riesgo”, “determinantes” o “determinación”... ¿De qué estamos hablando?

En los límites de esta breve exposición no podemos condensar todos los argumentos necesarios para rebatir el pensamiento de la salud pública hegemónica que hemos desarrollado en otras publicaciones³ y contrastarlo con el que inspira, desde una orilla opuesta, la corriente crítica latinoamericana. Destacaremos apenas un par de argumentos, esperando que el lector procure la bibliografía respectiva.

En los años de oro del neoliberalismo, el discurso de la gerencia y el eficientismo; la conversión de los derechos adquiridos en mercancía; la monopolización, privatización y mercantilización de la oferta de los bienes y servicios de los que depende la salud, y la focalización de acciones configuraron una bien orquestada ofensiva del Estado neoliberal, que necesitó de una epidemiología especial: la epidemiología del riesgo. Las nociones de contagio (siglo XIX), que animaban la relación con lo económico y social, la de transmisión (temprano siglo XX), que enfocaba la relación medio interno-medio externo e incluso la epidemiología social clásica, no eran propicias para la lógica que ahora era indispensable para construir un enfoque pretendido como integral, pero focalizado en fragmentos de la realidad, o variables, que pudieran ser modificadas sin preocuparse por la totalidad o por el “mundo externo”. Se buscó entonces una interpretación extrasocial, probabilística, que reificara los procesos de la realidad en “factores de riesgo” y de ese modo distrajera las interpretaciones hacia el terreno de la probabilidad de sucesos manejables; la respuesta ideal fue la teoría del riesgo (Ayres, 1997).

Alrededor de esta categoría se tejió todo un paradigma que en el Sur de América lo hemos analizado críticamente desde los 70s (Laurell, 1976; Breilh, 1976/77; Samaja, 1992; Ayres 1997; Almeida Filho, 2000; Breilh, 2003; Breilh 2010). Era un abordaje probabilístico, ligado al formalismo cuantitativo, concebido para estudiar las probabilidades de susceptibilidad de personas o de agregados colectivos según niveles de exposición.

³ A las que constaban en la versión original de esta conferencia se deben añadir ahora: Breilh J, Epidemiología: economía política y salud. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador y Corporación Editora Nacional, Biblioteca Ecuatoriana de Ciencias num. 4, 7ma edición, agosto 2010; Breilh J. Em Determinação social da saúde e reforma sanitária –R. Nogueira editor-. Rio de Janeiro, CEBES Coleção Pensando em saúde, agosto 2010, p. 87-125.; Breilh J. Lo agrario y las “S” de la vida en “Tierra y Agua” Quito: Ediciones del SIPAE, marzo 2010, p.13-25.

Pero esa expiación de lo social y su transmutación a un hecho estadístico no sólo fueron detectados como un obstáculo epistemológico por la epidemiología crítica latinoamericana, sino también por epidemiólogos del Norte, sobre todo europeos con conciencia social, para quienes era imposible movilizar la salud pública sobre la lógica inconexa de las probabilidades. En ese contexto de la epidemiología social anglosajona nació la idea de los determinantes sociales de la salud bajo el amparo de la Comisión de la OMS. Una solución que abre nuevamente el espectro del análisis a procesos contextuales y a la inequidad socioeconómica que el paradigma de riesgo había cerrado.

Y en este punto cabe una reflexión importante para nuestros foros en el Sur. El hecho de que la difusión para 2005 del modelo de determinantes sociales generado bajo el amparo de la OMS, haya ignorado olímpicamente la pionera producción publicada en América Latina desde los años setenta por científicos del pensamiento crítico latinoamericano, que había sido reseñada en artículos de revistas de circulación universal (Waitzkin *et al.*, 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. Podría ser fruto de una sesgada evaluación académica o, por el contrario, podría ser la decisión de ignorar un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones generales de poder de la sociedad de mercado, que integra el análisis de los modos de vivir históricamente estructurados de clase-etnia y género y de sus perfiles de salud, con la estructura de propiedad y de acumulación, sus políticas de Estado y sus relaciones culturales.

La salud colectiva latinoamericana eslabonó la construcción integral del *objeto salud*, con una práctica integral de transformación. No la transformación de “riesgos” aislados o “factores determinantes”, sino la incidencia sobre procesos de determinación que implican modos históricos estructurales.

El documento base del Taller Latinoamericano⁴ sintetiza adecuadamente las diferencias sustanciales de los dos modelos. A la par que suscribimos sus tesis, podemos asentar en esta parte algunas complementaciones.

En primer lugar, cabe un reparo al modo en que nos hemos acostumbrado a explicar el debate, aun desde la orilla progresista. Nos referimos a “determinantes

⁴ Véase en esta misma obra “Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana”.

sociales de la salud”, asumiendo como nuestra esa forma de expresión del modelo europeo. En la construcción latinoamericana, el cuestionamiento del causalismo (Breilh, 1976/77; Breilh, 1979; Samaja, 1993; Almeida Filho, 2000; Breilh, 2003) 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 1976 a la noción de *determinación* como proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades.⁵

Aquello marca una distancia conceptual, pero sobre todo práctica. Si bien el modelo OMS ha contribuido a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis, sigue atado a un neocausalismo donde los “determinantes sociales” son asumidos como factores externamente conectados. Esto nos preocupa, más que por una cuestión teórica, por las implicaciones prácticas de repetir el *modus operandi* del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales, invisibilizando las relaciones de dominación subyacentes.

En correspondencia con lo anterior, 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 porque, como lo ha señalado el documento base, en los “determinantes estructurales” están ausentes las categorías definitorias del conjunto y su lógica (acumulación, propiedad, relaciones sociales), sustituyéndolas por un énfasis 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 cuáles son esas “circunstancias materiales” y si corresponden al terreno individual o al social.

Cuestionamos el modelo empírico de determinantes por que le hace juego a la hegemonía, pues denuncia sin revelar; informa sin movilizar; identifica 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.

⁵ Trabajos como los de Breilh (1976, 1979) y Almeida Filho (1989) asumieron críticamente la noción de determinación de Mario Bunge, con giros interpretativos propios.

La invisibilización evidente de la teoría latinoamericana y la expropiación directa aunque sesgada de nuestras ideas, persiste ahora, y es un acto de hegemonía. Por acción y omisión, agentes claves de la salud pública internacional han contribuido, conciente o inconcientemente a obstaculizar la difusión de las tesis más avanzadas del pensamiento epidemiológico latinoamericano.

Tres décadas después de la existencia de una sólida bibliografía latinoamericana sobre determinación social de la salud, editada en castellano, portugués y aun en inglés, publicada en revistas arbitradas o libros inscritos en bases de datos internacionales de la literatura científica, que cuenta incluso con libros que forman parte del programa PALTEX de textos de OPS para la región sigue nuestra producción invisible para ciertos epidemiólogos del Norte. Y además, años después de talleres internacionales como el de ALAMES-UAM organizado por la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y la Universidad de Xochimilco en México, -2008-, y el organizado de el Centro Brasileño de Estudios en Salud CEBES en Salvador, Brasil -2010-, en los que se expusieron nuevamente de los modelos teórico metodológicos y las realizaciones prácticas del pensamiento latinoamericano, los autores de la corriente hegemónica del Norte, siguen ignorando sin beneficio de inventario las tesis más penetrantes de nuestra producción en el Sur.

Algunos artífices de un sector de la cooperación internacional de grandes influencias, a las puertas de la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud (convocada por la OMS para Octubre 19 al 21 en Rio de Janeiro) han ignorado nuestra producción. No importa si aquello está ocurriendo simplemente por que desconocen la importancia de todo lo que sucede más allá de sus estrechas fronteras intelectuales, o si es fruto de una operación intencionada para bajar el perfil y las proyecciones críticas e implicaciones políticas del nuestro trabajo.

En el “position paper” de la conferencia⁶ se incorpora como base y revisión teórica sobre la temática, un artículo (Solar and Irwin, 2007) que, a pesar de la amplitud supuesta de su revisión bibliográfica no incluye el análisis de los autores y propuestas de la epidemiología crítica latinoamericana, aunque en sus modelos explicativos utiliza algunos esquemas y conceptos, que si bien parecieran

⁶ WHO. Closing the Gap: Policy into Practice on social Determinants of Health | Discussion Paper. World Conference on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, 19 to 21 of october, 2011 |

asemejarse a los nuestros, están inscritos en una lógica muy diferente y aparecen vaciados de contenido crítico. Así, categorías y nociones que hemos trabajado, como la multidimensionalidad de la salud, la organización jerárquica de la realidad, procesos intermediarios, clase social-género-etnia, aparecen ahora tardíamente en estos documentos, aunque trastrocando su sentido histórico dialéctico por conexiones lineales empíricas y variables vaciadas de contenido crítico. De esa manera, la asimilación funcionalista de nuestros escritos termina convirtiendo “los determinantes”, en meros recursos de una muy acariciada gobernanza.

La similitud entre esos planteamientos y los nuestros es entonces sólo aparente. En el modelo que cuestionamos, no se percibe el principio definitorio del orden social y del proceso de determinación, a diferencia de la visión latinoamericana que hilvana, a lo largo de todos los dominios, principios de oposición social (acumulación/desposesión; dominación/emancipación; totalidad/particularidad). Cuando esos trabajos se refieren a elementos “intermediarios” no es que se esté aplicando la noción dialéctica de intermediación, sino que se la reemplaza con la lógica de una conexión lineal de variables intervinientes.

En la epidemiología crítica latinoamericana pueden destacarse, es oportuno decirlo ahora, varias propuestas teóricas para afrontar la superación del causalismo. Aquí apenas esbozamos el análisis de sus tesis y aportes, mismo que consta en otros trabajos del autor que citamos aquí.

Las miradas de la epidemiología crítica latinoamericana presuponen una ontogénesis radical para deconstruir las nociones positivistas de la epidemiología clásica: cuestionamos por ejemplo la ausencia en los modelos empíricos de un análisis de la estructura de acumulación y exclusión; criticamos el principio asociativo de conjunción y asociación causal como eje de la determinación social; cuestionamos su visión reduccionista empírica de nociones como exposición -como algo externo y descontextualizado-, y la noción del riesgo como un fenómeno contingente. Una entrada crítica latinoamericana enfatiza, así mismo, en la necesidad de contextualizar la relación “exposición”-“riesgo” en los modos de vida, y buscar el sentido o significado de esta relación; 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 (Almeida Filho, 2000).

Importantes propuestas han enfatizado la relación entre estructura social y la estructuración de las condiciones de vida (Laurell, 1977) y el proceso de trabajo (Laurell y Noriega, 1989), asumiendo también las explicaciones históricas de las políticas sociales (Laurell, 1997).

Otra línea teórica ha enfatizado la dialéctica de los órdenes colectivo e individual, explicando la capacidad generativa de lo individual y la capacidad de reproducción social de lo colectivo; una dialéctica que mantiene con vida el poder determinante de lo individual y lo social, pero enmarcando esa dinámica en la inserción estructural de los grupos. Como parte de esta línea está la caracterización de la multidimensionalidad de la salud como “determinación múltiple bajo interfases jerárquicas” (Samaja, 1992, 1993).

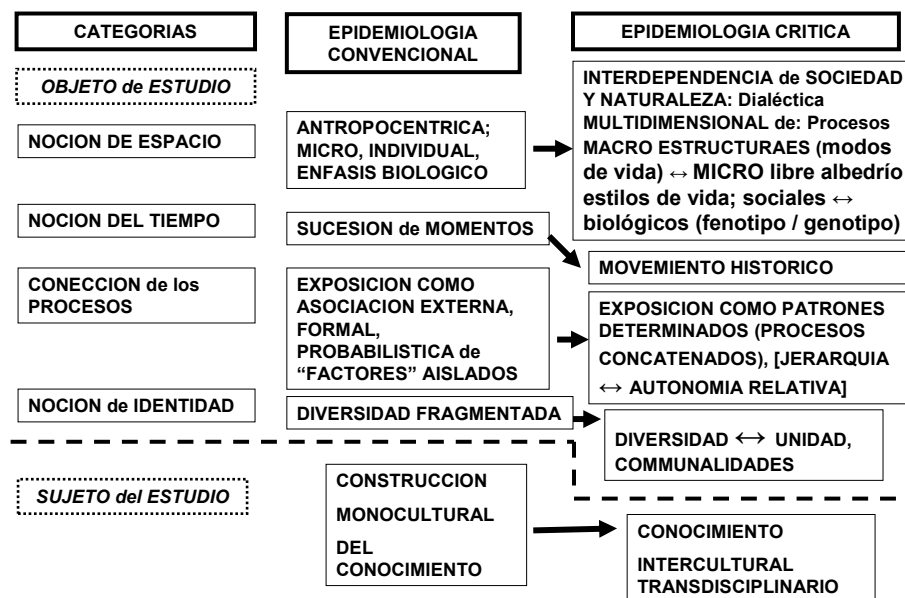
Y finalmente otra línea ha trabajado la salud como un objeto complejo multidimensional, aplicando la categoría *reproducción social* para articular el sistema de contradicciones que se enlazan entre tres grandes dominios de la determinación: el dominio general que corresponde a la lógica estructurante de acumulación de capital, con sus condiciones político culturales; el dominio particular de los modos de vivir con sus patrones estructurados grupales de exposición y vulnerabilidad; y el dominio singular, de los estilos de vida y el libre albedrío personal que viven las personas con sus condiciones fenotípicas y genotípicas. En correspondencia, ha trabajado las relaciones de poder como una matriz integrada: clase-género-etnia y ha incorporado la dimensión de la interculturalidad como condición de una objetividad y subjetividad innovadas en el conocimiento epidemiológico (Breilh, 1976, 1979, 2003, 2010).

En suma, todos los aportes que hemos esbozado –y muchos más que no hemos podido mencionar en los límites de esta ponencia– conforman un robusto sistema de pensamiento crítico que ha revolucionado las obsoletas nociones del causalismo, así como sus paradigmas de la multicausalidad, el riesgo y del multiculturalismo funcional.

En América Latina, la reflexión sobre una teoría crítica de la salud ha ligado tres elementos interdependientes: la salud como *objeto*, la salud como un *concepto metodológico* y la salud como un *campo de acción* (Almeida Filho, 2001). Nuestra reiterada propuesta ha sido que no es posible desarrollar un contenido progresista en cualquiera de esos tres elementos si los otros dos no se transforman simultáneamente. En esa medida, y considerando la reflexión sobre la

determinación social de la salud, debemos interrelacionar tres transformaciones complementarias: el replanteo de la salud como un objeto complejo, multidimensional y dialécticamente determinado; en segundo lugar, la innovación de categorías y operaciones metodológicas, y tercero, la transformación de las proyecciones prácticas y relaciones de las fuerzas sociales movilizadas.

FIGURA 1. Epidemiología crítica latinoamericana: breve sistematización de sus contribuciones metodológicas (desde los años setenta hasta el presente).



Fuente: Breilh, 1979, 2003, 2010.

En la figura 1 se exponen las categorías que a nuestro modo de ver, sintetizan ámbitos de trabajo importantes de la epidemiología crítica, contrastándolas con aquellas que guían la epidemiología convencional. La idea al presentar este panorama epistemológico, que no pretende ser exhaustivo, es mirar

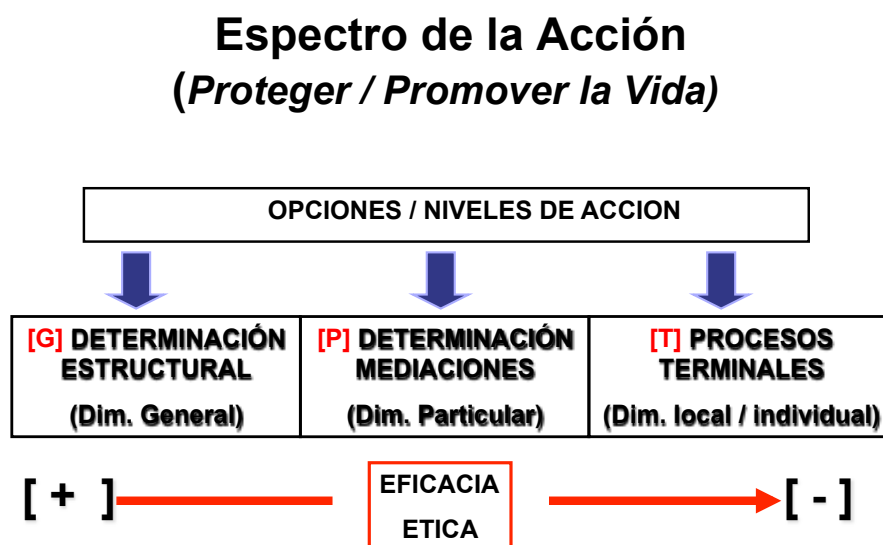
nuestro desafío en su totalidad y reafirmar la necesidad de que la investigación y la acción nuestras no repitan nociones superadas del pensamiento de la salud pública.

La determinación de la salud en la acción: su contribución a la lucha por el derecho a la salud en Ecuador

La epidemiología crítica y la comprensión de la determinación social de la salud han inspirado y orientado varias líneas de acción que ilustran su importante potencial: el desarrollo del articulado sobre el derecho a la salud de la nueva constitución del Ecuador; el diseño de la Comisión Andina de Determinantes Sociales de la Salud; el diseño del programa del doctorado en salud, ambiente y sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar, y la elaboración de un estudio crítico sobre el impacto de la aceleración global y despojo en los años de oro del neoliberalismo del Ecuador (1990-2006).

Al comprender toda la salud, con su múltiples dimensiones el paradigma de la determinación permite ampliar el espectro del derecho e incorporar lo que los especialistas llaman una mayor justiciabilidad y exigibilidad de la salud. Las implicaciones de esta visión sobre el derecho y la ética se expresan en la figura 2.

FIGURA 2. La determinación social y la ampliación del espectro de acción



Fuente: Breilh 2003

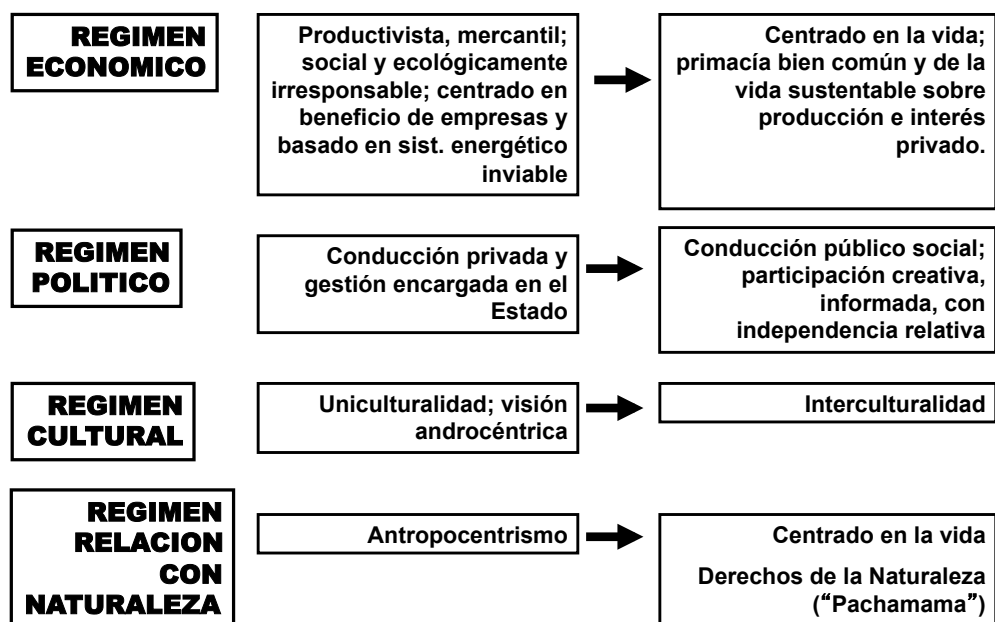
Incidencia en la nueva constitución del Ecuador

El caso ecuatoriano permite ilustrar la aplicación histórica de la noción de determinación social al impulso del derecho a la salud.

En el caso ecuatoriano, las experiencias de enfrentar y derrotar tres gobiernos neoliberales, derrotar el proyecto del tratado de libre comercio con Estados Unidos y formar un proceso constituyente con una asamblea democrática, forjaron la convicción colectiva de que era posible avanzar organizadamente para desmontar el modelo neoliberal y avanzar hacia ese otro país posible. Se multiplicaron los escenarios de debate, y salud no fue excepción. La Universidad Andina Simón Bolívar convocó a medio centenar de organizaciones sociales, políticas y académicas para conformar una Red por el Derecho a la Salud, como un espacio crítico, plural e intercultural donde se pudieran articular las distintas miradas y propuestas sobre nuestra sociedad y consensuar líneas unitarias para la lucha de transformación. Empujamos con éxito la necesidad de tomar distancia con respecto a un pensamiento medicalizado, tecnocrático y unicultural. Había que demoler la lógica y la cultura sanitarias forjadas en casi dos décadas de neoliberalismo y un funcionalismo obsecuente. Había que romper la hegemonía de los tecnócratas y su estrecha visión alopática. En Ecuador había que desterrar en definitiva el dominio de ideas labradas por el Banco Mundial y sus programas MODERSA y FASBASE, con los que incluso habían colaborado ingénuamente cuadros de la izquierda sanitaria.

La Red asumió por consenso varios principios para su quehacer: escuchar todas las voces, establecer un trabajo intercultural y adoptar la perspectiva de la epidemiología crítica y de la determinación social de la salud para organizar el debate sobre el derecho a la salud.

FIGURA 3. La salud y un nuevo modelo de constitución (Red de Acción



Fuente: Breilh (2008b)

Al asumir la perspectiva de la epidemiología crítica y la determinación social de la salud, se estableció que los contenidos sociales y técnicos del articulado de salud debían formularse pensando que, en primer término, la salud es un derecho no solamente individual sino esencialmente colectivo; y segundo, que aquellos no se ubicarían exclusivamente bajo los títulos específicos de salud, puesto que el derecho a la salud está indisolublemente ligado a la vigencia de otros derechos que determinan un modo de vivir saludable y que dependen de los regímenes económico, político y cultural.

De esa manera comprendimos que debíamos participar en el debate del articulado de los otros derechos que involucra la determinación de la salud. Así surgieron seis ejes temáticos sobre los que se cumplió un calendario de trabajo de la Red, organizado por comisiones.⁷

⁷ 1. Control Social / Derechos Políticos

2- Derechos Globales, Regímenes y Tratados Internacionales

3. Protección y Seguridad Social

4. Derecho al Trabajo Saludable, Derechos Ambientales y Salud

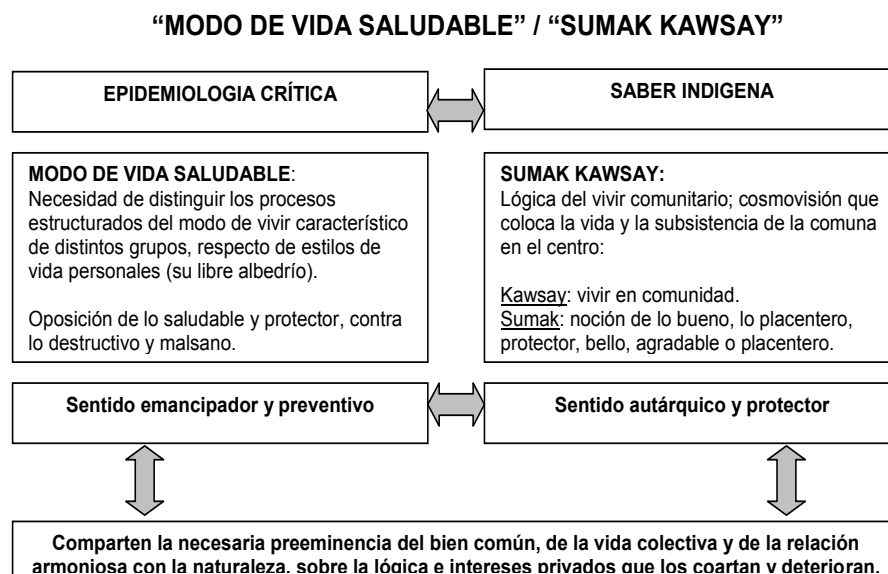
5. Derecho al Consumo Saludable (Condiciones de Vida)

6. Derechos Culturales, Universidad y Salud

En el proceso de debate constituyente apareció un hecho fundamental y es que la discusión sobre el derecho a la salud se enfocó desde diversas miradas, dándose vida en el encuentro a distintas perspectivas progresistas y su crítica del modelo civilizatorio y de la sociedad vigente, confluencia mutuamente enriquecedora que mostró en la práctica la vigencia de metacrítica de la salud en el sistema de mercado (Breilh, 2003).

Dada la toma de conciencia de los colectivos sobre la imposibilidad de construir el derecho a la salud en el marco del modelo de la modernidad capitalista con su carácter concentrador/excluyente; su matriz productiva y energética no sustentable; su impulso al consumismo y al derroche; las organizaciones otorgaron una posición central en el debate al tema del buen vivir o sumak kawsay de los indígenas, equivalente a la noción de modo de vivir saludable de la epidemiología crítica. Al atestiguar dicha correspondencia, se comprendió la importancia histórica y necesidad de una construcción intercultural del derecho y de la gestión (Figura 4).

FIGURA 4. Construcción intercultural del buen vivir como derecho básico para la salud



La determinación social en el espacio académico de la salud colectiva

El cambio de visión sobre la salud incide poderosamente sobre la actividad académica, su investigación e incidencia.

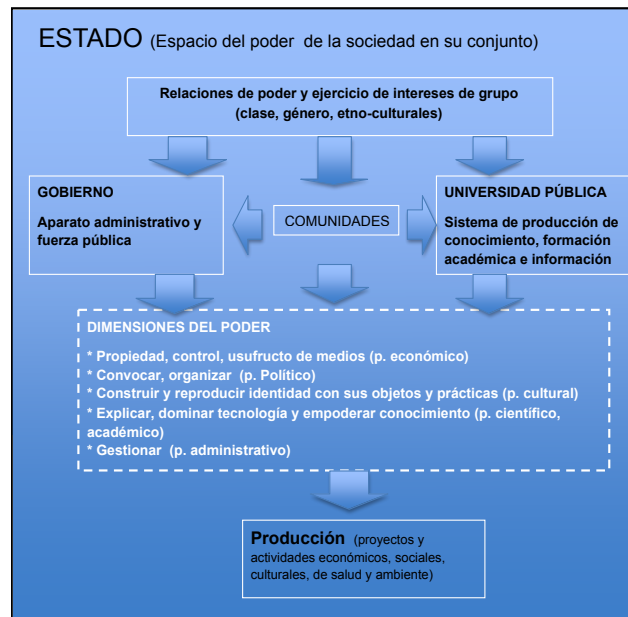
Un programa de excelencia en una universidad pública que asume el marco interpretativo de la determinación social se aparta ostensiblemente del modelo de educación funcionalista.

Desde una perspectiva crítica el estudio del papel de la universidad pública, es decir de la relación entre la universidad y su sociedad, puede definirse como una incidencia (repercusión científico técnica) en cuatro aspectos:

- 1) Impulso de un conocimiento científico crítico original ligado a los procesos claves de la sociedad;
- 2) Desarrollo de instrumentos técnicos para la operación de cambios favorables;
- 3) Avance de herramientas para el control social, veeduría y rendición de cuentas de los responsables de la gestión, las políticas;
- 4) Consolidación de mecanismos de construcción intercultural e interdisciplinaria de investigación(creación/incidencia; y
- 5) Contribución, mediante las vías anteriores, al empoderamiento democrático de las colectividades, pueblos y géneros.

El paradigma de la determinación social implica una concepción participativa e intercultural de la gestión académica, cuyas principales relaciones se sintetizan en la figura 5.

FIGURA 5. Estado, universidad pública y colectividad



Fuente: Breilh, J. Hacia una universidad soberana, de excelencia y crítica. Quito: Revista Textos y Contextos de la Facultad de Comunicación de la U. Central- 7(12): 39-49, (en prensa edición marzo-agosto,2012)

El programa de posgrado del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador asumió la determinación social de la salud como base para: el diseño de su curso doctoral en salud, ambiente y sociedad; el de sus proyectos de investigación y de sus instrumentos de incidencia como el Observatorio Regional en Salud y Ambiente.

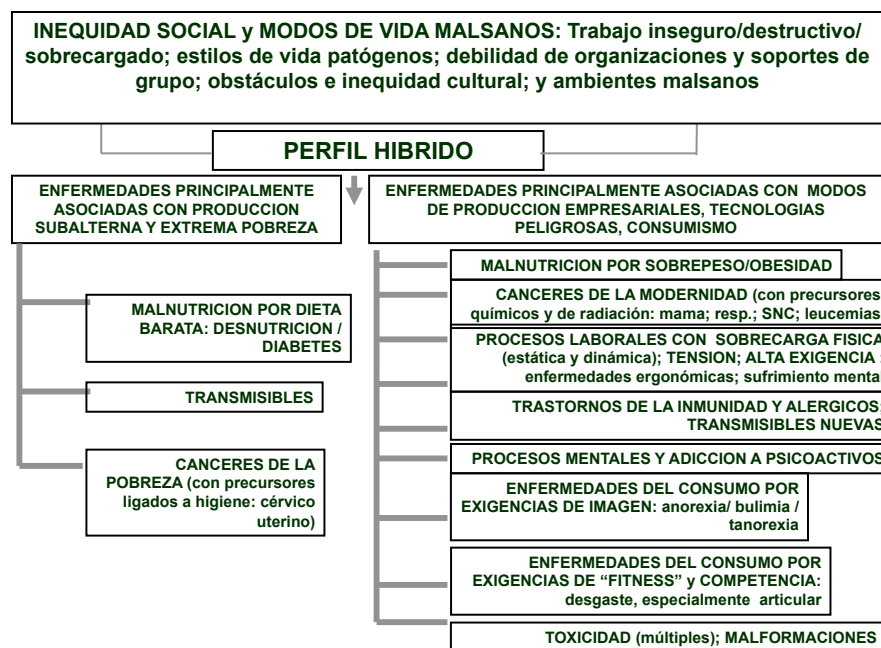
El Observatorio Regional de Salud y Ambiente

En el marco de sociedades marcadas por la aceleración de la acumulación económica y sus mecanismos de recomposición productiva, despojo y economía del shock, se deterioran más rápidamente los problemas de salud (Breilh y Tillería, 2008).

El perfil típico de deterioro de la salud en nuestras sociedades, que viven la combinación de la opulencia y la afluencia tecnológica de unos, y la miseria con

empobrecimiento de otros, expresa esos contrastes en una imagen híbrida de enfermedades principalmente asociadas con extrema pobreza y aquellas que se asocian a procesos de producción empresarial, uso peligroso de nuevas tecnologías y consumismo (véase figura 6). Es necesario enfocar esta complejidad superando el pensamiento lineal y convocando a un trabajo interdisciplinario e intercultural.

FIGURA 6. Perfiles típicos de deterioro de la salud en países periféricos sometidos a acumulación acelerada.



Fuente: Breilh y Tillería 2008

En esas circunstancias como lo hemos dicho, la epidemiología como brazo “diagnóstico” de la salud colectiva sufre en ese tipo de situación mayores tensiones como ocurre con todo conocimiento que contribuye a definir la imagen de la realidad, y del éxito o fracaso de la política.

En función de esa necesidad, el Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar – Sede Ecuador convocó en junio del 2007 a un Taller sobre investigación de la determinación social de la salud, al que acudieron investigadores de 12 universidades de la región. En ese evento se convino en impulsar la constitución de una Comisión Regional de Determinación Social de la

Salud y la implementación de un Observatorio Regional de la Salud y el Ambiente, con los objetivos de integrar dicho enfoque al marco académico-social; perfeccionar de manera constante su contenido; monitorear los procesos sociales que producen la situación de salud en la región; dar insumos para el debate y la búsqueda de acciones, coherentes, profundas y transformadoras, y ser actores políticamente activos en la cuestión de salud en cada uno de nuestros países.

Se ha formado una dinámica creativa alrededor del Observatorio al que confluyen las diversas actividades de investigación e incidencia de las entidades académicas y organizaciones sociales participantes, como puede constatare en el activo portal (www.uasb.edu.ec/saludyambiente) cuya página inicial destaca los ejes

N 7.

de la
para



de investigación / incidencia en los que estamos trabajando las universidades y organizaciones involucradas Ver figura .

FIGURA 7. Ejes de determinación social de investigación e incidencia

Fuente: www.uasb.edu.ec/saludyambiente

Los objetivos consensuados para el trabajo del observatorio son:

- Impulsar la consolidación de una comunidad de práctica nacional e internacional sobre salud, ambiente y sociedad.
- Estimular la construcción de una mirada crítica sobre los problemas de la salud y el ambiente, y su monitoreo en la región.
- Apoyar desde los instrumentos de la ciencia el enriquecimiento y consolidación de las acciones sociales que promueven la salud con un enfoque integral del derecho a la salud constitucionalmente sustentado, así como de los programas de posgrado pertinentes.
- Implementar una herramienta fundamental de conocimiento histórico para descubrir nuestra identidad, propiciar la investigación y la planificación contemporáneas. Por ello es indispensable conocer la evolución del pensamiento médico y su incidencia en los individuos y en la sociedad a partir de la identificación de los periodos históricos y de los procesos que han contribuido en

la construcción del estado nacional. Lo referido constituye, adicionalmente, un aporte a la definición de los sistemas de salud y, en general, a las políticas y programas relativos a la vida. En esta perspectiva construimos un recurso para afinar y orientar las tareas del presente desde una perspectiva multidisciplinaria.

- Apoyar y generar foros de discusión de ésta problemática en la región.
- Respalda la consolidación de los programas de colaboración científica de la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador con los aliados de otros países latinoamericanos y norteamericanos.

En resumidas cuentas los argumentos y evidencias que hemos reunido para el caso de Ecuador, sin siquiera haber mostrado las vitales contribuciones de otros núcleos latinoamericanos, dan cuenta del poder de esta perspectiva del Sur para manejar las evidencias de una preocupante realidad regional aún no suficientemente estudiada y, consecuentemente, dan cuenta de la necesidad de precautelarla de las distorsiones funcionalistas..

La motivación central de este texto ha sido el compartir con colegas y líderes de otras latitudes una óptica sobre la determinación social construida desde el Ecuador, en plena sintonía con la producción de otros países latinoamericanos, en medio de muchas jornadas de debate conceptual y político y a lo largo de varios proyectos de investigación participativa y en espacios de docencia e incidencia.

Todos quienes integramos el movimiento sanitarista con espíritu crítico enfrentamos el desafío de construir el derecho a la vida y la salud en un escenario donde ni el fundamentalismo económico, ni la hegemonía el modelo biomédico, ni el funcionalismo de la vieja salud pública han sido derrotados.

Referencias

- Almeida Filho, N. 2001. "For a General Theory of Health: Preliminary Epistemological and Anthropological Notes" en *Cad. Saúde Pública*, vol.17, núm. 4, Río de Janeiro.
- . 2000. *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . 1989. *Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica a Ciência Epidemiológica*. Río de Janeiro: Editora Campus.

- Ayres, R. 1997. *Sobre O Risco. Para Comprender la Epidemiologia*. São Paulo: HUCITEC.
- Bourdieu, P. 1989. *O Poder Simbólico*. Río de Janeiro: Bertrand., 1998: p.15
- Breilh J. 2008. “Latin American Critical (‘Social’) Epidemiology: New Settings for an Old Dream”, en *International Journal of Epidemiology*, 37, 745-750.
- . 2003. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial (edición en portugués, 2006, Río de Janeiro: Editora Fiocruz.)
- . 1987. *La epidemiología entrefuegos*. Medellín: Taller Latinoamericano de Medicina Social.
- . 1976/77. *Crítica al modelo ecológico funcionalista de la epidemiología*. México: Tesis de la Maestría de Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.
- . 1979. *Epidemiología: economía, medicina y política*. Quito: Universidad Central. (Otras ediciones: 1981, Santo Domingo, Ministerio de Salud de República Dominicana, 2ª ed.; 1986, 1988 y 1989, México: Fontamara, 3ª, 4ª y 5ª eds., respectivamente; 1991, São Paulo: UNESP/HUCITEC Editorial.)
- y Tellería. 2008. *Aceleración global y despojo en Ecuador: El retroceso del derecho a la vida y la salud pública en las décadas neoliberales*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- . 2008b. *El derecho a la salud*. Montecristi: Presentación ante la Asamblea Nacional Constituyente, junio
- . 2010. *Epidemiología: economía política y salud*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador y Corporación Editora Nacional, Biblioteca Ecuatoriana de Ciencias num. 4, 7ma edición, agosto;
- . 2010. *Las tres “S” de la determinación de la vida Em Determinação social da saúde e reforma sanitária –R. Nogueira editor-*. Rio de Janeiro, CEBES Coleção Pensando em saúde, agosto 2010, p. 87-125.:
- . 2010. *Lo agrario y las “S” de la vida en “Tierra y Agua”* Quito: Ediciones del SIPAE, marzo 2010, p.13-25.
- Laurell, C. 1977. Enfermedad y desarrollo rural: análisis sociológico d ela morbilidad en dos puebklos mexicanos en “Revista Mexicana de Cienicas Políticas, México, p. 401-323.
- . 1997. *La reforma contra la salud y la seguridad social*. México: ERA.

- y M. Noriega. 1989. *La salud en la fábrica*. México: ERA.
- Samaja, J. 1993. *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba (2a ed.).
- . 1992. *Epistemología y epidemiología*. Campinas: Congreso Brasileño de Epidemiología.
- Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO. Commission on social determinants of health, April 2007 [acceso 26/1/2010]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.
- Tesh, S. 1988. *Hidden Arguments*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Waitzkin, H, C. Iriart, A. Estrada y S. Lamadrid. 2001. “Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups”, en *The Lancet*, 358: 315-23.
- WHO. *Closing the Gap: Policy into Practice on social Determinants of Health | Discussion Paper*. World Conference on Social determinants of Health, Rio de Janeiro, 19 to 21 of october, 2011