

Entrevista a Jaime Breilh*: Primera parte



* Doctorado (PhD) en Epidemiología por la Universidad Federal de Bahía, Brasil. Doctor Honoris Causa por la Universidad Nacional de Cajamarca, Perú. Cofundador de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y fundador del Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). Director del Área de Salud de la Universidad Andina Simón Bolívar. Coordinador del Doctorado en Salud, Ambiente y Sociedad. Miembro del Comité Directivo del Observatorio Mundial de la Salud. Autor de numerosos libros (varios de ellos premiados y traducidos al portugués e inglés) e innumerables artículos científicos, en los campos de la metodología de la investigación, epistemología de la ciencia, epidemiología y medicina social

Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 37 – 40.

Revista Archivos de Medicina Familiar y General:

En los años setenta comenzó a consolidarse el movimiento latinoamericano de medicina social, cuestionando a la “salud pública” ¿Cuál era la situación política sanitaria del momento? ¿Que se discutía?

Jaime Breilh: En los años setenta, en América Latina, hubo una época de crisis del modelo de desarrollo industrial y de irrupción de una super población excedente. El modelo de acumulación de capital de entonces, generó primeramente un circuito productivo primario o principal en espacios industrializados urbanos y rurales, que absorbían la fracción activa del ejército laboral, y en segundo lugar un circuito de economía secundario donde se reproducía, en condiciones de creciente precariedad, una masa de población “excedente”. Esta sobrepoblación creció desde entonces hasta ocupar cerca del 50% de la masa laboral. En otras palabras, la población productiva se escindió en una masa asalariada que formó la fuerza de trabajo de las empresas; una población semi-asalariada que solo pudo ser absorbida intermitentemente por éstas en los ciclos de demanda; y una masa marginal que no tuvo desde entonces posibilidad alguna de participar en dicho circuito primario y que debió sobrevivir en la economía informal. En esas condiciones aparece en dos etapas la corriente de la medicina social latinoamericana que cuestiona el higienismo liberal funcional, y cuyas fuentes de inspiración fueron: el pensamiento criollo revolucionario anticolonial; el pensamiento revolucionario socialista europeo de fines del siglo XIX y el sanitarismo de entonces. Primero en los años cuarenta y cincuenta en los procesos de consolidación de la

lucha socialista especialmente con la lucha de Allende en Chile y otros semejantes; y en los setenta con el proceso de formación y posterior consolidación de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. En este último caso las preocupaciones centrales eran la profunda inequidad de un sistema de salud escindido según clases: medicina privada para la burguesía y capas medias altas; la medicina de la seguridad social para la clase obrera estable; y los servicios públicos de salud para el subproletariado y los informales.

RAMFG: Lo interesante, entre otras cosas, es que académicos e investigadores ligados al campo de la salud se unieron a los movimientos de trabajadores, estudiantes y organizaciones populares para generar una propuesta diferente ¿Cómo se gestó esa unión?

JB: Movimientos como el de Córdoba en Argentina, conformados en consonancia con las vibraciones históricas de la clase obrera, levantaron inicialmente la conciencia universitaria sobre la independencia de la educación superior frente al poder dominante; la importancia del pensamiento crítico y autónomo; y la responsabilidad histórica social de la academia frente a su pueblo (lo que entonces se llamó extensión universitaria). Las ideas como las de Darcy Ribeiro, Aníbal Ponce o Manuel Agustín Aguirre, entre otros, convergieron para instaurar la nueva filosofía de una universidad junto a su pueblo y para su pueblo. Los principios de autonomía, pensamiento crítico y responsabilidad social se consolidaron y desdoblaron luego en muchas formas de docencia, investigación y educación basada en el pueblo que se articuló cre-

cientemente a las organizaciones obreras y campesinas.

RAMFG: Uno de los referentes de la Medicina Social Latinoamericana fue el argentino Juan Cesar García ¿Qué contribuciones hizo a este campo que perduran en la actualidad?

JB: Juan Cesar, entrañable amigo y mentor, fue un gran orientador para quienes buscábamos alternativas frente a la vieja salud pública, domesticada y funcionalista de los años setenta. Junto a María Isabel Rodríguez de El Salvador, y Miguel Márquez de Ecuador, formaron un cohesionado equipo que dió ideas y oxígeno a los núcleos que estábamos en gestación y lucha en varios países entonces. Ellos, junto a otros colegas latinoamericanos de su generación, sobretodo de Argentina, Brasil y México, nos apoyaron a los médicos y profesionales de la salud jóvenes de entonces, para encontrar y acceder a centros de formación como fueron las primeras maestrías de medicina social de Rio de Janeiro y México, donde comenzaron a multiplicarse los recursos que luego reprodujimos (programas de medicina social) en los demás países. Juan Cesar y su equipo pudieron sustentar el crecimiento de una corriente alternativa por que inspiraron su trabajo en los principios contrahegemónicos del marxismo y otras corrientes críticas de la sociedad capitalista.

RAMFG: ¿Cuáles son las bases conceptuales y metodológicas de la medicina social?

JB: Es una pregunta muy amplia cuya respuesta no puede ser general y uniforme. Han sido muchos los desafíos en distintas realidades nacionales y regionales, han sido muy diversos los retos de la lucha histórica en diferentes países y por consiguiente los objetos de transformación que se han presentado en distintos contextos y épocas. Por consiguiente han debido variar las aproximaciones metodológicas y las exigencias de énfasis de un país a otro y de un momento histórico a otro.

Podría decirse, sin embargo, que en el trasfondo del pensamiento crítico latinoamericano han operado las fuentes teórico políticas que mencioné anteriormente y una cierta similitud en la tendencia global.

El consenso mayor es la incompatibilidad del sistema social basado en la acumulación privada y los consiguientes empobrecimiento y exclusión masivos con la construcción de salud y la equidad. En esa medida han sido de enorme influencia los aportes de las ideas

filosóficas, de las interpretaciones históricas, de las propuestas metodicas e incluso de las contribuciones instrumentales generados en el marco del marxismo. En el caso personal por ejemplo, el concebir una visión crítica de la epidemiología fue fundamental: la noción de determinación social de orden como superación del causalismo empírico analítico que se apoderó de la vieja epidemiología; la noción de reproducción social en las dimensiones de lo general, particular y singular como superación del empirismo aplinado, circunscrito a lo fenoménico de las ciencias sociales acriticas; la concepción dialéctica de la relación social-biológico y de la relación entre lo social y la naturaleza, como superación del ecologismo lineal y empírico que aplica la vieja epidemiología; y la división de la sociedad según las relaciones sociales de poder, para superar las estratificaciones empíricas de la población.

Sobre el cimiento de ese tipo de principios en varios campos de la problemática, varios de nosotros hemos lanzado a un diálogo crítico y con beneficio de inventario con otras corrientes y paradigmas que nos han permitido diversificar y consolidar un acervo metodológico consistente y una arsenal de instrumentos coherentes.

RAMFG: ¿Cómo explica la subsunción entre lo social y lo biológico?

JB: La idea de incorporar la noción de subsunción en la epidemiología me apareció como resultado necesario de una reflexión crítica frente al determinismo causal o causalismo que inspira y ordena todo el aparato teórico metodológico de la vieja epidemiología. Desde esa perspectiva de la vieja epidemiología -lineal y reduccionista- el mundo es un espacio de conexiones externas entre cosas y acontecimientos, unas como causas y otras como efectos, que se estudia mediante el método empírico analítico que se aproxima a la realidad por mera sensopercepción de los fenómenos, partes o fragmentos de la realidad, que son esencialmente estáticos y cuya única forma de movimiento es el efecto provocado por los factores causales, los factores de un ambiente cosificado, fragmentado y sin movimiento. Es decir, para esa visión, el orden de la salud es causal-individual y la jerarquía de los fenómenos está dada por la conjunción o conexión externa, sin penetrar en la realidad como un mundo complejo de movimiento, donde lo biológico se desarrolla subsumido en la determinación social. La subsunción es el movimiento de la vida, del metabolismo sociedad naturaleza y del desarrollo de los fenotipos y ge-

notipos en el marco del movimiento de la materialidad social, de los modos de vivir típicos que se realizan bajo relaciones de poder y bajo una lógica de la reproducción social sometida a la acumulación.

RAMFG: En esta línea, usted propone la epidemiología crítica como una forma nueva de evaluar el Proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado, una alternativa superadora a la noción restrictiva de la epidemiología clásica, que incorpora más rigurosamente toda la complejidad de la realidad ¿Qué otras innovaciones presenta la epidemiología crítica?

JB: Me parece que en la pregunta hay de partida una visión restrictiva de la salud, cuando se la resume en la noción de “proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado”. No comparto esa visión por que reproduce un énfasis medicalizado, individual y asistencialista. La salud es un proceso complejo que no sólo se realiza en los individuos, pues forman parte de ella los procesos del dominio general y los del dominio de los modos de vida de clase; no como algo externo, no como determinantes externos de algo que se llama salud, sino como parte inherente de la salud misma, es decir de ese movimiento complejo que se llama salud. Las nociones de atención y cuidado que son tan importantes en el mundo clínico, pierden fuerza explicativa en el dominio epidemiológico -la verdad es que ni siquiera son suficientes para analizar una clínica integral-. La salud colectiva necesita actuar transformando los modos de vivir grupales -por ejemplo, patrones de trabajo y consumo- y las lógicas generales de la reproducción social -por ejemplo, el orden productivo y político- y esos asuntos no pueden trabajarse con nociones como “atención” y “cuidado” que se aplican a pacientes o personas. La práctica de salud individual atiende y cuida, pero no solo hace eso, pues hay acciones de prevención y promoción individual que no son atención y cuidado; pero lo que es más importante es que la acción en salud colectiva rebasa lo clínico asistencial y abarca la acción colectiva sobre procesos sociales (económicos, legales, culturales) para prevenir, proteger, promover, reparar la vida y eso implica muchas acciones que no se hacen sobre personas, sino sobre procesos grupales o sobre procesos estructurales. Así, por ejemplo, la discapacidad congénita merece acciones sobre individuos discapacitados de atención y cuidado, pero la discapacidad es un proceso también colectivo puesto que forman parte del mismo, los procesos industriales como la aplicación masiva de genotóxicos, de procesos laborales discapacitantes, de procesos dañinos de lo ambiental, que generan y multiplican condiciones discapacitantes que finalmente

terminan en casos de discapacidad congénitos o adquiridos, frente a los cuales la salud colectiva debe actuar en prevención (protegiendo y reparando), así como actuar en promoción (desarrollo de procesos protectores o soportes).

Por eso, hemos propuesto una conceptualización radicalmente distinta de la epidemiología a la que llamamos Epidemiología Crítica:

*“Epidemiología Crítica es el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos cohesionados alrededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o sea en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, en líneas de acción que signifiquen al mismo tiempo una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad.” (Breilh, Jaime. 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública”. *Revista de la Universidad Nacional de Colombia - Salud Pública*).*

RAMFG: Usted hace una diferenciación conceptual entre Riesgo como contingencia probable y Riesgo como proceso.

JB: La noción de riesgo tiene su raíz en la lógica probabilística y se incubó en la epidemiología empírica centrada exclusivamente en el análisis estadístico.

Un riesgo es una contingencia probable, es un hecho que tiene unos grados de libertad para ocurrir. Pero no puede aplicarse la noción de riesgo a aquello que es permanente, que forma parte de una realidad y no es estocástico. En otras palabras, si la vida humana es

socialmente determinada y hay procesos estructuralmente determinados, como el modo de vivir, hay aspectos de ese movimiento que son relativamente regulares y permanentes, y en el marco de esa determinación, ostentan cero grado de libertad. Por ejemplo, el salario de un trabajador de la soja, los itinerarios técnicos fundamentales del core de caña en un cultivo transnacional de caña transgénica, no son “riesgo” sino imposiciones permanentes de un patrón de determinación. Cosa muy distinta es el caso de una herida accidental de la mano del trabajador, que si bien está sujeto a una determinación por las condiciones del trabajo, tiene un grado de probabilidad. Entonces en la vida hay riesgos que suceden subordinados a un modo de vivir, pero no todo proceso malsano es un riesgo o proviene de un riesgo, pues son más importantes las condiciones epidemiológicas con imposiciones permanentes de un modo de vivir. El asumir una condición permanente como que fuera una contingencia probable es un acto ideológico de expiación del modo de vivir impuesto llamándolo riesgo. Así el sistema social se diluye en riesgos, no hay que actuar sobre la condición estructural malsana sino sobre unos “riesgos” aislados y descontextualizados.

RAMFG: Un ejemplo de la desnaturalización del elemento epidemiológico, es el que usted plantea respecto de cómo la tasa de mortalidad en Haití mejoraba en el periodo más crítico que tuvo este país ¿Cómo se explica?

JB: Lo que yo sostuve es que la adopción acrítica de ciertos indicadores epidemiológicos puede prestarse a un análisis distorsionado. La lógica funcional de escoger un número de indicadores y asumirlos como expresión integral de la realidad y de un cambio en salud, es un procedimiento que puede prestarse a serios equívocos. La tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, es un promedio de mortalidad en menores de 1 año, que como todo promedio hay que construirlo e interpretarlo con cautela y rigurosidad. Me refiero a que para que alcance validez contextual un índice promedio debe construirse en el marco de una estratificación real porque de lo contrario enmascara antes que denota la realidad. En un estudio que realizamos en el CEAS en la década de los 80, demostramos que la mortalidad infantil y sobretodo su componente posneonatal variaba dramáticamente entre clases sociales de la ciudad de Quito, fluctuando entre más de 128 por mil nacidos vivos en niños de familias subproletarias altamente depauperadas de la ciudad respecto a la tasa de menos de 20 por mil nacidos vivos en niños de las clases medias alta y empresarial. Y claro, al analizar las tendencias seculares de mortalidad hay variaciones igualmente importantes en el declinar de la mortalidad en los niños. Entonces se constata que incluso en países donde predomina la pobreza extrema, en las clases trabajadoras pueden conseguirse con medidas puntuales, funcionales, mejoras en los niveles de mortalidad sin que cambien sustancialmente las condiciones históricas de vida.