

La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología*

Society, the debate about modernity and the new epidemiology

Jaime Breilh

Centro de Estudios y Asesoría en Salud

Asturias 104 n° 2402 y G. de Vera

La Floresta

Quito, Ecuador

e-mail: jbreilh@ceas.med.ec

“Nuestro pensamiento busca mantener un perfil y una voz propios, ser escuchado y respetado universalmente, y no convertirse en lo que fue en la Colonia: eco del discurso metropolitano”

Agustín Cueva

Seminario en Buenos Aires, 1988

La humanidad vive ahora la perplejidad de un mundo global de posibilidades máximas y felicidades mínimas. Es urgente construir un proyecto humano de sociedad, y el trabajo de muchas generaciones de epidemiólogos es una fuente acumulada de conocimientos y sabiduría por la vida.

Conozco a tantos de ustedes y nos une ese afecto sembrado en años de compartir. Empezamos a forjar sueños y a construir realidades juntos desde los años setenta. A partir de entonces, no queda prácticamente un territorio de esta ancha y ajena Latinoamérica donde todos estos años no se hayan movilizado nuestros epidemiólogos para trabajar por una tierra más humana, donde el bien común fructificara en la salud. Tarea compleja la nuestra, de nadar contracorriente en un mundo forjado para la enfermedad.

Precisamente, el movimiento de la *salud colectiva*—para darle un nombre que tiene hundidas sus raíces en nuestro querido Brasil— es un eslabón importante de un proyecto de emancipación humana profunda, un movimiento de propuesta alternativa que lleva orgullosamente el sello: *hecho en América Latina* y tiene en la ciencia epidemiológica un instrumento valioso que este congreso debe cultivar con amor al oficio y sabiduría, no sólo para afinar su capacidad de penetración, sino para cuidar su direccionalidad emancipadora.

Miles de trabajadores de la educación, la ciencia y los servicios, dirigentes populares de la más variada procedencia, interpretamos así el mandato de una realidad lacerante que cobra tantas vidas de nuestra gente. La consolidación de una nueva Epidemiología, la asumimos también como

*Conferência apresentada en el “IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia”. Abrasco. Rio de Janeiro, Brasil, agosto 1-5, 1998.

Conference presented at the “IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia”. Abrasco. Rio de Janeiro, Brazil, August 1-5, 1998.

el reto de una mayoría de edad de nuestros sistemas institucionales, tanto académicos, como de servicios y de investigación; el desafío de una tarea participativa de nuestras organizaciones, que necesitan quitarse de encima el tutelaje de un pensamiento extraño y construir con autarquía nuestros propios sentidos e identidades.

En América Latina existe una subjetividad y diversos saberes con su propia riqueza. No necesitamos pedir prestados, ni los sueños, ni el talento, ni las orientaciones para pensar, educar, conocer y actuar en el campo de la salud, ni en ningún otro campo. Claro que nos seducen y maravillan las posibilidades tecnológicas del mundo que se industrializó antes por razones históricas; es verdad que nuestras mentes están abiertas a lo más progresista y útil que puedan ofrecernos otras culturas, pero no como hipoteca de lo propio, ni peor aun como forma de aceptar con docilidad el proyecto regresivo que los ideólogos del capitalismo tardío tienen previsto para la salud en América Latina. Nuestro horizonte de visibilidad ha sido alto porque hemos procurado no mirar el panorama científico de rodillas.

Es verdad que al hacerlo a nuestra manera, con nuestras propias fuerzas y debilidades, nos hemos equivocado muchas veces; es cierto que al nadar contracorriente, no siempre alcanzaron a hacerse visibles todas las potencialidades de tanta propuesta interesante que provenía desde horizontes distintos; quien puede negar que muchas ocasiones no supimos sintonizar el verdadero sentido de la cooperación Sur-Sur, ni peor aún la Sur-Norte; pero lo que cuenta es que estamos abiertos sin arrogancia a corregir nuestros errores, y sobretodo lo que ahora parece surgir de nuestras evaluaciones, es que hemos acertado en lo que verdaderamente entraña una promesa real para la defensa de la vida: metas solidarias y de equidad para un nuevo sistema de salud, para sembrar antídotos contra el gran proyecto de los poderosos y visión diferente de la ciencia.

Por eso, al iniciar estas reflexiones que no son más que un breve alegato por una

Epidemiología Crítica, evoco con respeto y fraternal afecto, toda la historia del movimiento brasileño de la salud colectiva, la tarea visionaria de sus forjadores, sus ideales y fundamentos, sus conquistas logradas, como un ejemplo, que si bien no ha completado su ciclo, muestra realizaciones importantes que ahora son el patrimonio de todo el mundo con un sentido democrático.

En el terreno actual, debemos estar conscientes que el trabajo hacia una Epidemiología Crítica, es una herramienta de los "sin poder", o de los que tienen algún poder pero lo ejercen con un sentido democrático.

Y claro, la nueva Epidemiología se abre paso en un escenario lleno de posibilidades nuevas, pero también de seducciones múltiples. A pesar de que el propio Francis Fukuyama, de cara a la crisis mundial del capitalismo tardío reconoce ahora públicamente la equivocación de su anunciado fin de la historia, lo cual pone en evidencia el resquebrajamiento del neoconservadurismo que penetró también fuertemente el ideario científico, restan todavía muchas batallas que dar en la reconstrucción de un camino social y solidario para la vida humana y las ciencias que la estudian. Ahora y más aún en el futuro tendremos que seguir construyendo enfoques contrahegemónicos, al mismo tiempo que reflorocen atractivas ramas de las ciencias naturales, por ejemplo la biología molecular, que podrían confundir nuevamente las ideas fundamentales de la Epidemiología Crítica. Entonces, aun cuando intrínsecamente nada tiene de negativo ese florecimiento para la nueva Epidemiología -más aún, el buen uso de los avances en otras ciencias es una herramienta clave-, en cambio su uso indebido y un enfoque determinista podría afectar la dirección de nuestros empeños y hacernos retornar al determinismo y reduccionismo biológicos, que tanto afectaron nuestra comprensión epidemiológica. De eso modo, la aplicación de biotrazadores y recursos de la biología molecular, por ejemplo, que favorecen la detección

anticipada de los efectos individuales de sustancias patógenas, y la identificación de las llamadas huellas digitales de carcinogénicos, podría implicar un nuevo cierre del campo de visión de nuestra ciencia, si no hacemos un trabajo conceptual y metodológico paralelo para reinsertar esos apoyos tecnológicos en un marco de comprensión integral. Cosa parecida podría suceder así mismo, con otros hallazgos como las nuevas matemáticas y el avance de la investigación del movimiento irregular y los fractales, la afirmación de nuevos paradigmas y técnicas en las ciencias administrativas y la gerencia en salud, etc. etc., solo para citar unos pocos líneas de renovación científica. El hecho es que, en una disciplina científica como la Epidemiología, las técnicas de apoyo que provienen de otras ciencias como las Matemáticas, la Biología Molecular y otras de menor visibilidad, no son las que modifican, *per se*, el paradigma contrahegemónico; lo que si puede ocurrir es que algunas de éstas, puedan ser utilizadas como señuelo de una estrategia para remozar la hegemonía del pensamiento dominante.

En relación a debates que se escuchan en la comunidad científica y que se establecen en términos mal planteados, tenemos que insistir en que la disyuntiva actual de los paradigmas de la Epidemiología, no está entre la vieja Epidemiología de los factores de riesgo -la que por otra parte hemos cuestionado- y la mal llamada Epidemiología Molecular, sino entre versiones contrahegemónicas y hegemónicas de la Epidemiología.

El desafío primordial de quienes trabajamos junto a nuestros pueblos por un mundo más humano y de equidad, no consiste en hacer méritos y reverencias académicas para conseguir un sitio en el club de los epidemiólogos de la élite positivista. No somos, no podríamos ser epidemiólogos del "mainstream"; debemos hacer un esfuerzo persistente por convertirnos en epidemiólogos de los "sin poder", con una Epidemiología Contrahegemónica Avanzada, como un saber útil para la humanización del

Mundo, ese tipo de saber que se crea y re-crea continuamente en Brasil y en nuestra América Latina.

Una forma de mirar el "estado del arte"

Las Preguntas Son Otras

El reto de mirarnos y evaluar lo que hemos realizado en la época presente no es tarea fácil. Estamos irremediamente cargados de una determinada historia, de una forma de mirar que siempre pesa en nuestras evaluaciones. En la actualidad el debate sobre los fundamentos filosóficos y conceptuales de la Modernidad, crea condiciones tanto para el avance de ideas renovadoras, como para la diseminación de un movimiento de contrareforma filosófica y científica que acompaña a la expansión del capitalismo tardío.

Un congreso de esta naturaleza es en cierta forma un gran acto colectivo de ciencia. Y la *cienciología* o estudio del desarrollo de la ciencia estableció, -desde la época de los aportes precursores de Tomás Kuhn o John Bernal y con más razón en años más recientes, en ensayos como los de Bachelard, Foucault, Vieira Pinto, Cohen, Kédrov-Spirkin, Rose, Moreno, Zavaleta, y otros- varias revelaciones que han marcado el análisis epistemológico y que nos ayudan a obviar esa incompleta mirada reduccionista que sólo valora el adelanto de la ciencia, por la capacitación superior de los recursos humanos y por la implantación de una infraestructura tecnológica novedosa, sin conceder mayor importancia a la renovación de los conceptos y la direccionalidad de los procesos. Podríamos resumir así dicho legado epistemológico:

- Las ciencias experimentan un movimiento constante de transformación¹;
- El desarrollo científico no es fruto simplemente de las innovaciones tecnológicas o de los instrumentos, la base de las revoluciones científicas han sido las ideas renovadoras -la revolución científica y filo-

sófica de Galileo, no se hizo posible por el uso del telescopio, sino por el empleo de un marco teórico revolucionario como el de Copérnico, que permitió una nueva mirada con el telescopio²;

- Los paradigmas científicos crecen y maduran en ambientes socio-culturales concretos, donde ciertas ideas son posibles y altamente visibles, mientras otras –las de los sin poder generalmente- son impensables en el marco de esa trama epistémica^{3,4};
- El avance científico no es lineal, ni siempre progresivo, pues se caracteriza por adelantos e involuciones ligados al choque de fuerzas e intereses históricos^{5,6};
- Son las fuerzas económicas y políticas del contexto histórico y social en el que se trabaja la investigación las que ejercen, dentro de las posibilidades de un escenario cultural, una profunda influencia en los contenidos, direcciones y puntos de crecimiento de las ciencias en un momento específico; en dicho escenario la visión de los sin poder tiende a ser más penetrante⁷;
- La ciencia llega a ser dura (“hard science”) por su capacidad de penetración y eficacia amplia en correspondencia con las grandes metas humanas; en relación a lo cual se constata ahora, por el contrario, una falta de conciencia del quehacer científico: las “Ciencias Humanas no tienen conciencia de los caracteres físicos y biológicos de lo humano...(y)...las Ciencias Naturales no tienen conciencia de su inscripción en una cultura, en una sociedad, en una historia. Las Ciencias no tienen conciencia de que les falta conciencia”⁸;
- De los tres componentes de una disciplina científica -teoría, método y praxis-, es la práctica -posible y hegemónica- la que ejerce un mayor peso como elemento modelador de la disciplina^{9,10}; y,
- Por fin cabe incluir la profunda influencia que han ejercido también frente al desarrollo de la ciencia las perspectivas de género y étnica, desde las cuales se ha construido el pensamiento científ-

co hegemónico¹¹⁻¹³. Una visión androcéntrica y eurocéntrica que subordina y menosprecia los aportes del saber del *otro*.

Alrededor de esas lecciones acumuladas sobre el desarrollo científico surge una manera diferente de interrogarnos para evaluar el desarrollo de nuestra disciplina. La Epidemiología adquirirá su mayoría de edad cuando sus avances teóricos e innovaciones tecnológicas sean parte sustantiva de la construcción de un mundo humano desarrollado, que es mucho más que la idea del mundo desarrollado que nos venden las estadísticas oficiales; es decir un mundo solidario donde el poder del conocimiento sea parte de un poder colectivo y democrático. Lo otro, es decir una ciencia que se ubica al amparo del poder de las élites, al servicio de su misma lógica, aunque esté revestida de recursos y haya recibido la bendición oficial, aunque ornamente su discurso con palabras bonitas, como “equidad”, “ciudadanía” y “participación”, no seguirá siendo sino otro engranaje del mismo poder y un instrumento para el logro de gobernabilidad y relegitimación en época de demantelamiento del “welfare state”.

No se trata entonces de preguntarnos solamente sobre lo tecnológico, sobre si nuestra disciplina superó ya la era artesanal y arribó a la etapa de ciencia grande (“big science”), en los términos de De Solla Price¹⁴, de saber si utiliza tecnología enfatizada como tecnología de punta; no se trata sólo de saber si la epidemiología alcanzó un pleno basamento institucional, si se extendió en el territorio, si tiene un respaldo financiero sustentable y una resonancia efectiva en la vida del país, esos son indicadores importantes, pero antes que en ellos, conviene pensar en como se articula con un proyecto democrático de sociedad y con la lucha de nuestros pueblos por su emancipación -entendiéndose ésta como la liberación respecto a toda forma de atadura, opresión o restricción-. Se trata por consiguiente de repensar a la Epidemiología desde la perspectiva de la *ética de la responsabilidad humana*, y

entonces surgen otras claves del asunto, como la de comprender, por ejemplo, que una actividad científica sólo puede llegar a calificarse como “dura” cuando se incorpora con certeza y eficacia al desarrollo humano, es decir cuando adquiere una *direccionalidad* adecuada y plena *contextualidad* que son producto de su capacidad de respuesta y penetración frente a las dos metas esenciales del desarrollo verdadero: la *equidad* y el *bién común*.

Y es sobre este punto crucial de la definición del desarrollo humano que quisiera llamar la atención de ustedes, mis amigas y amigos, para ponderar la direccionalidad de la práctica epidemiológica.

Desarrollo humano: un espejismo (“miragem”) con numeros

Las épocas de mayor conmoción ideológica, como la actual, tienden a ser épocas llenas de “diagnósticos”. En la esfera de las ideas son momentos epistémicos de perplejidad, debate, y renovación de la crítica. El resquebrajamiento de las certidumbres y convenciones exige volver a la realidad con una nueva mirada, acentuar el trabajo de observación y estudio, lo que en la jerga técnica se denomina diagnóstico de la realidad.

Los diagnósticos son necesarios, tanto para legitimar y graduar el ejercicio del poder, cuanto para poner en evidencia las fuentes del sufrimiento humano, desde una perspectiva contraria al poder hegemónico. Esas presiones cruzadas afectan profundamente el avance de disciplinas como la Epidemiología hechas para el monitoreo de la calidad de vida, y les convierten en un campo de choque de ideas y puntos de vista. Por eso cuando el antropólogo Gould desenmascaraba las falsas medidas psicométricas de la psicología hegemónica en horas de debate ideológico sobre la naturaleza de esa disciplina, nos recordaba que “..los hechos no son fragmentos de información puros e impolutos; la cultura influye en lo que vemos y en como lo vemos...”¹⁵.

En ese sentido las estadísticas de salud son teoría epidemiológica en acto y expresan

en su modo de construirse una postura ante el poder. Y aun cuando es doloroso reconocerlo, hay mucha epidemiología contemporánea que ha desnaturalizado su capacidad de penetración en la realidad, al trasmutarse en un discurso tecnocrático, puesto al servicio de los planes de cosmética social que necesita hacer un Estado en retirada, que focaliza sus recursos residuales o que planifica junto con las grandes empresas el cálculo actuarial necesario para la estrategia de los seguros privados; todo bajo la mirada connivente de los técnicos, que lo justifican complacientes bajo esa nueva conciencia “light” surgida después de años de una crítica sesgada (“enviesada”) del pensamiento de la Modernidad.

Totalización del mercado y globalización epidémica

La entrada a la era global del capitalismo acarrea consecuencias definitivas para la vida en la Tierra. Lo que pudo haber sido una globalización saludable que complementara la riqueza humana de un planeta diverso y permitiera mundializar nuevas bases tecnológicas para la consolidación solidaria de los pueblos del mundo, ha devenido, por obra y gracia del más profundo y estructural egoísmo, en una totalización del mercado como vehículo del dominio de grandes oligopolios, que hace parecer como torneos galantes, las etapas del viejo colonialismo y los conflictos de la era imperialista de los dos primeros tercios del siglo XX.

En efecto, luego de dos siglos de dominación y promesas, el capitalismo muestra ahora con mayor claridad y dureza su verdadero sentido histórico: no es un sistema hecho para el bienestar y el disfrute en salud; es una gran operación de control del poder por la concentración privada de los productos del trabajo y del ingenio humano, un ensayo fetichista que viste la alienación con apariencia de progreso, disfraza la miseria con ropaje de marca y aglomera seres competidores acrílicos en grandes ur-

**TOTALIZACION vs.
GLOBALIZACION REAL**

TOTALIZACION	GLOBALIZACION
<p>*DOMINIO del MERCADO</p> <p>*ABSTRACCION de la DEPENDENCIA GLOBAL de la VIDA HUMANA</p> <p>*RACIONALIDAD MEDIO-FIN</p> <p>*DISPONIBILIDAD del GLOBO: CALCULOS, MENSAJES, TRANSPORTES</p> <p>*HOMOGENIZACION e IMPOSICION CULTURAL</p>	<p>*INTERDEPENDENCIA de la VIDA HUMANA</p> <p>*COMPLEMENTARIDAD de las DIVERSIDADES</p> <p>*RESPONSABILIDAD y SOLIDARIDAD GLOBALES</p>

bes de soledad privada, donde cada vez queda menos espacio para el compartir solidario, para una racionalidad humana de los ritmos y sentidos de la vida y, en definitiva, para la salud plena que sólo puede conseguirse humanizando las formas de trabajo, defendiendo el consumo, posibilitando las máximas expresiones de organización democrática del poder, fortaleciendo la pluralidad y complementariedad cultural y asegurando la defensa de la naturaleza.

En esencia el sistema de explotación es el mismo, pero el período del capitalismo global entraña diferencias históricas importantes que lo diferencian de etapas precedentes, con repercusiones adicionales en la vida humana.

De hecho, el sufrimiento masivo no implica novedad alguna en la historia del mundo regido por el capitalismo: la penuria de las masas en la era colonialista del siglo XIX; la de los pueblos dominados en la fase de expansión imperialista de la primera mitad de este siglo; y la de los millones de excluidos y depauperados por el capitalismo global de estos fines de milenio; son una misma y execrable muestra de dolor y muerte, ligada en definitiva, a una estructura de acumulación, concentración y exclusión. Que sino ese mismo y descomunal menoscabo expresan hallazgos como los de Paulo Sabroza¹⁶ cuando explica el deterioro de los circuitos epidemiológicos y la acumulación epidémica en los espacios sociales relegados como secundarios, en los que se impone el hacinamiento, la precariedad laboral, y sistemas desesperados de super-

vivencia y migración, donde se disparan las tasas de contacto y reproducción de parásitos; microorganismos a los que la miseria favorece para su potencial biótico; todo en medio de la desarticulación de programas de control y la cómplice tolerancia de una doctrina de los mínimos de supervivencia (“baseline survival”) como marco de una epidemiología para pobres.

Los ritmos boyantes e índices de costo-beneficio de la productividad neoliberal puertas adentro de las empresas, nada tienen que ver con el descalabro de los costos “externos”, digamos humanos, sociales, ecológicos, de una maquinaria productiva implacable que se rige por la ética del mercado. La maximización de las ganancias contrasta con la minimización del bienestar y eso se realiza ahora en el *capitalismo total* de manera instantánea en todo el globo, gracias a los recursos mediáticos de la comunicación digital.

En otros escritos he procurado mostrar algunas de las huellas epidemiológicas que va dejando el capitalismo tardío en los cuatro mundos de nuestro planeta^{17,18}, aquí cabe solamente resaltar algunos hallazgos demostrativos del avance de la profunda inequidad que se expande en el Globo terráqueo, a la par que los monopolios que la generan y usufructúan.

La acumulación de espacios de pobreza en el *primer mundo* –bolsones tercermundistas que crecen entre la riqueza– se refleja en la persistencia de los contrastes de clase social en salud, ampliamente estudiados por los informes “Black”¹⁹ y “Whitehead”²⁰ y que ocurren en la misma Inglaterra de fin de siglo, donde la reforma privatizadora del “contracting out” –versión británica del “managed competition”– prometió arreglar las falencias de un sistema de salud que desde antes mostró gran equidad comparativa.

La crisis del sistema de salud en Estados Unidos reseñada por Waitzkin²¹ igualmente ilustra sobre el fracaso de la propuesta neoliberal aun en el Primer Mundo. Un país que a pesar de que ostenta uno de los mayores gastos per cápita en salud del pla-

neta, deja desamparados a casi 40 millones de seres; apenas cubre muy limitadamente a una proporción considerable de asegurados; con un sistema indolente controlado por corporaciones oligopólicas cuya ineficiencia se demuestra por la creciente pérdida de calidad, aumento de los copagos, disminución de coberturas, y por el más alto despilfarro de los países del primer mundo, con más del 25% del gasto en salud destinado a sostener una descomunal burocracia privada –mientras Canadá con servicio público gasta sólo 12 % y ostenta mejores resultados en los índices de salud-; una burocracia estadounidense cuya ineffectividad se pone de manifiesto cuando vemos, por ejemplo, que el seguro “Blue Cross” del Estado de Massachussets utiliza más burócratas para cubrir 2.5 millones de personas que el sistema Canadiense entero para cubrir a 27 millones. En Estados Unidos el porcentaje de gasto burocrático en seguros con respecto a los beneficios –buen indicador de costo-beneficio- creció desde el 0.7% de épocas anteriores hasta un 42.3% en la modalidad actual, bajo la reforma de la agresiva competencia gerenciada (“managed competition”) ideada por Alan Einthoven^{22,23}. Y todo eso mientras los índices de pobreza crecieron del 15% al 24% del 70 al 90 en la primera potencia militar del mundo. Ese es el mismo modelo que trata de ser vendido a la América Latina, cuando el propio pueblo norteamericano lo rechaza, según consta en un informe reciente de la Asociación Americana de Hospitales que a partir de los datos de una encuesta nacional al público estadounidense concluye que es un sistema: “...no planificado, no orientado al consumidor, pero sí dedicado a la maximización de las ganancias mediante la restricción del acceso, la reducción de la calidad y la disminución del gasto...bajo el control de las empresas aseguradoras”²⁴.

El empobrecimiento masivo y ahondamiento de la inequidad del capitalismo global no se han hecho esperar también en los países ex-socialistas del Europa del Este que conforman lo que dio en llamarse el *segundo mundo*. La intrusión de una agresiva

economía de mercado, sólo trajo a más de una capa pequeña de nuevos ricos, una inédita pauperización. Los impactos epidemiológicos no se han hecho esperar. En la Rusia capitalista, por ejemplo, las tasas de enfermedades inmunoprevenibles como difteria, tos ferina y poliomielitis, así como las de las transmisibles dependientes del saneamiento, como el cólera y la fiebre tifoidea, han aumentado 5.2 veces respecto a las de mediados de la década anterior²⁵. Y como para mostrar que la inequidad de género se amplifica en las sociedades donde impera la inequidad social, el porcentaje de desempleo femenino aumentó 11.4 veces desde comienzos de la década, y el porcentaje del valor del salario femenino sobre el masculino pasó de 75% en 1991 a un increíble 40% en 1994²⁶.

En nuestra América Latina del *Tercer Mundo* se observa un grave desconcierto de la calidad de vida y la salud. Basta mirar los resultados de un estudio comparativo efectuado por el CEAS en cerca de 40 países de América para constatar, con cifras de comienzos de los 90, el descalabro de los niveles de calidad de vida básica y salud²⁷.

El Figura 1 muestra cómo el índice compuesto de *deterioro social básico* (IBS) de los países andinos y el Brasil (código 4 en el Fig. 1) – índice compuesto por los indicadores de nutrición per cápita; acceso a la educación media; cobertura de vacunas y atención médica; y el acceso al agua segura- se ubica muy cerca del peor nivel equivalente a “1” que fue el que corresponde al peor país del mundo-, y no muy distante del agobiado Haití (código 5 en el eje horizontal), se aleja tanto de la calidad básica de

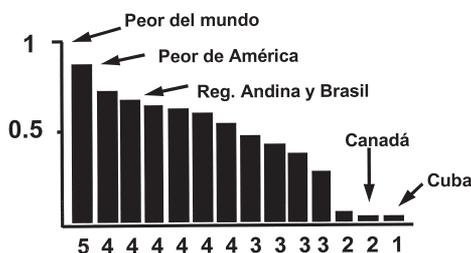


Figura 1 - IBS en América

Figure 1 - IBS in America

Fuente: CEAS-M,T yS

vida de Canadá y Cuba, según la información comparativa que ponen a nuestra disposición el Banco Mundial y las Naciones Unidas.

Y como para ratificar la veracidad predictiva de nuestro indicador constatamos que esa profunda brecha de desarrollo humano que se expresa por el índice de inequidad social básica, se corresponde a la que existe entre los trazadores de deterioro epidemiológico como la mortalidad infantil y materna; o entre los de potencial de salud como el rendimiento deportivo; así como a la inequidad de género (ver Figura 2). Es decir la Epidemiología descubre un verdadero sistema de inequidad y desventajas de la salud.

Y es que el mejor legado del capitalismo tardío para la población latinoamericana ha sido el desplome masivo de la calidad de vida.

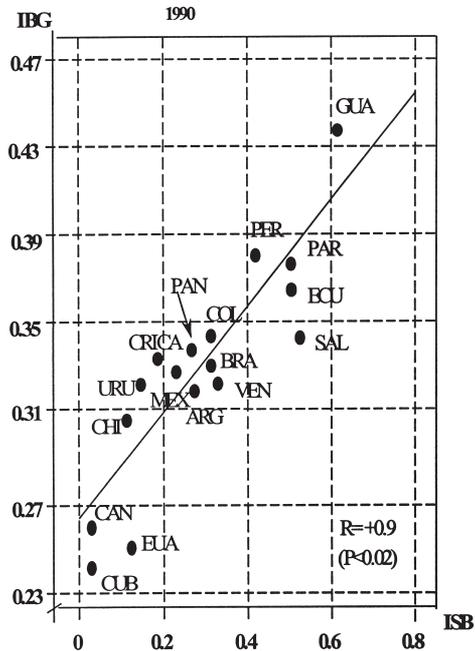


Figura 2 – America: correlacion positiva entre inequidad social (ISB) e inequidad de genero (IBG), 1990

Figure 2 - America: positive correlation between social inequality (ISB) and gender inequality (IBG), 1990

Fuente: CEAS Mujer, Trabajo y Salud, 1996

El caso chileno es un ejemplo importante porque antes del advenimiento del régimen neoliberal, Chile tenía de los mejores perfiles epidemiológicos de América Latina, con una declinación sustancial de los índices de morbilidad de las entidades infecciosas, por ejemplo. Pero como la han mostrado Cabello y Springer, en la década anterior y aun en años recientes se produce una insólita emergencia de procesos transmisibles que habían experimentado un descenso sostenido en las décadas anteriores. El caso notable de la epidemia por fiebre tifoidea en la ciudad de Santiago, ilustra sobre el costo epidemiológico del modo neoliberal de progreso: mientras las cifras macro-economías despegan, también lo hace el deterioro integral de las condiciones de vida, el desempleo, la caída de los ingresos reales, el incremento del hacinamiento urbano, el drástico deterioro del acceso de agua potable por suspensión debida a imposibilidad de pago, la degradación del ambiente urbano y la cancelación de programas preventivos. El gráfico ilustra la correspondencia entre el desempleo y el surgimiento epidémico en la propia ciudad de Santiago durante la primera década de dictadura (ver Figura 3)^{28,29}.

Lo que le da al capitalismo tardío –capitalismo neoliberal globalizado– su enorme poder de expansión es la *unicidad e ins-*

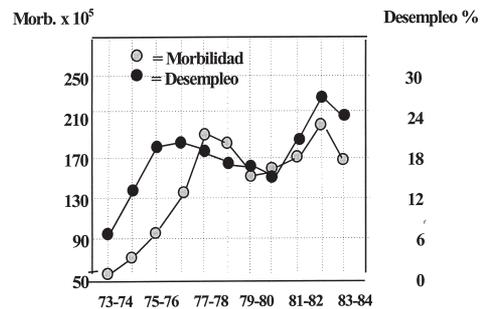


Figura 3 – Correlacion entre la morbilidad por fiebre tifoidea en el Gran Santiago y desempleo en Chile (1973-1984)

Figure 3 - Correlation between typhoid fever morbidity in Great Santiago and unemployment in Chile (1973-1984)

Fuente: Cabello, F. y Springer, A. - Fiebre Tifoidea en Chile

tantaneidad de los hechos: la unicidad económico social posibilitada por la globalización financiera, y de las inversiones en cualquier sitio, el control total de los mercados; la unicidad técnica dada por la informatización y comunicación digital; y la unicidad de los momentos que es la percepción de simultaneidad posibilitada por las telecomunicaciones^{30,31}. Esa es la gran base tecnológica, no sólo de la monopolización de la riqueza material, sino del control de la conciencia colectiva que ha hecho posible un gran movimiento de contra-reforma filosófica que se analiza más adelante.

Critica a la epidemiología del "bottom line"

La historia de la salud humana ha sido profundamente influida por los procesos de apropiación de riquezas y concentración de poder porque éstos han determinado las formas de vida y el acceso diferente de los grupos a los bienes, saberes, acciones y servicios de los que depende la vida.

Por eso, cuando la historia humana abandonó la etapa colectivista en la que se producía y distribuía según la necesidad, para entrar de lleno en los diferentes períodos del productivismo y apropiación privada, en los que la necesidad fue desplazada a un segundo plano, y se inició un largo camino de lucha por el control privado de la producción, es que fue derrotada la posibilidad de una plena salud colectiva. En efecto lo que ha ido consolidándose a lo largo de la historia de las sociedades de mercado es una capacidad de monopolización del poder y una racionalización instrumental, que crea una distancia cada vez mayor, entre lo que se produce y lo que se reparte; entre la naturaleza y el ser humano; entre el saber y la conciencia; entre la necesidad colectiva y la tecnología; entre las posibilidades de comunicación y lo que sabemos de los otros. Así estamos ahora ahogándonos de miseria en medio de la opulencia; llenos de ciencia pero sin conciencia; incommunicados culturalmente en medio de la

inconmensurable capacidad de la comunicación digital; ahogados en epidemias, algunas de las cuáles ya habían prácticamente desaparecido; y todo eso en medio de una tecnología cada vez más evolucionada, pero que se halla estructuralmente impedida de volcarse en beneficio colectivo.

Entonces no deben sorprendernos las paradojas del capitalismo tardío, pues cuando el avance tecnológico se genera en una base social de inequidad, la productividad deforma la vida y no significa mayor reparto, el crecimiento económico no significa desarrollo humano y, la racionalidad funcional al poder se legitima, entre otras formas, mediante una desaparición del pensamiento emancipador, y un sometimiento del cuerpo teórico e instrumental de las ciencias, sobretodo de las ciencias sociales. Es ese el escenario en que aparecen unas supuestas "actualizaciones" del saber, presentadas ahora a nombre de una innovación profunda de los paradigmas de la modernidad, que presuponen cambios regresivos del contenido histórico del conocimiento, de la subjetividad y de las concepciones de la práctica.

Un conocido escritor ecuatoriano expresaba recientemente y con acierto que "el carácter específico y terrible de la crisis actual es, precisamente, la expropiación de la esperanza"³². Y creo que eso se hace evidente en la Epidemiología, empezamos a hacer Epidemiología sin esperanza, una Epidemiología resignada, una Epidemiología que parte de la fatalidad o irreversibilidad de las actuales correlaciones de fuerza, una Epidemiología que no quiere entenderse de la construcción de utopías a largo plazo, que aprendió el discurso del eterno presente, el discurso de lo mínimo posible en lugar de los máximos sueños, una Epidemiología, en definitiva, hecha para calcular los mínimos posibles de supervivencia y los "riesgos" de vivir en la pobreza. Parece que aun estando conscientes del potencial práctico de nuestros instrumentos, no queremos sino encerrarlos en un círculo de realizaciones limitadas para hoy.

Y en este último pensamiento hay dos facetas diametralmente opuestas: la una muy negativa, puesto que implica un proceso de claudicación respecto al sueño de construir un mundo humano, libre de dominio e inequidad; en este caso, lo que ha ocurrido es una especie de funcionalización del desencanto -la famosa “industria del arrepentimiento” de Beneddetti-, que capturó el alma de muchas gentes y les introdujo en la versión autodestructiva de nuestros procesos; una postura que parte de la aceptación del capitalismo como fin de la historia y por tanto resigna la acción a la cosmética del sistema, un reformismo que acaba siendo parte de las estrategias privatizadoras en boga y que es el marco de la que hemos llamado *epidemiología de los mínimos de supervivencia* o “*bottom line epidemiology*”. Pero hay también una interpretación progresista de esa disposición para actuar ahora, que surge de una crítica razonable a los errores históricos de una izquierda ineficaz, que no supo entender que la lucha por un mundo mejor no puede andar en un carril desconectado de la técnica, del dominio riguroso de la ciencia y de una mente abierta para la forja común de sociedades plurales. Y entonces fueron formándose como bandos separados un sector académico despolitizado y un sector político desacademizado. La separación paradójica entre una *intelligentzia* con muchos argumentos, talento e información, pero especulativa, desligada y desmovilizada; y por otro lado organizaciones políticas fragmentarias, carentes de argumentos técnicos y sin herramientas renovadas para articular la organización colectiva a los nuevos sentires de nuestros pueblos.

La exploración de los niveles mínimos de miseria sustentable es la esencia misma de la nueva gobernabilidad capitalista. Congelación de salarios reales, flexibilización, desregulación, líneas de pobreza, son parte de la misma doctrina del “baseline” o “bottomline” que deben lograrse para alimentar, en cambio, la maximización de las ganancias, la liberación de condiciones óptimas para que operen sin restricciones la

competencia entre desiguales y la capacidad concentradora del mercado.

Para eso deben limpiarse los residuos de toda lógica colectivista y solidaria, deben limitarse las aspiraciones y sueños de las masas a lo posible dentro un exiguo reparto que no afecte la viabilidad de los monopolios, y sobretodo debe moldearse el pensamiento de los pueblos y sus técnicos para que acepten como progreso las cuotas mínimas que se les ofrece. Todo lo cual requiere una estrategia de contrareforma filosófica, una renovación de la política y un cambio de los conceptos sobre gestión.

La Epidemiología de los Mínimos de Supervivencia (“Bottom Line Epidemiology”) es un instrumento necesario para el diseño de medidas estratégicas del neoliberalismo como la *focalización*; los *paquetes, pisos o planes de atención básica (PAB)*; las medidas de *reducción del gasto* en salud; los cálculos de *subsidio a la demanda*; la reducción a la óptica de las *enfermedades evitables*, para calcular el famoso “global health burden”. Todas comparten la lógica de los mínimos tolerables, la medición de fenómenos que expresen la máxima resistencia gobernable de una población ante la pobreza y las privaciones, comparten en definitiva, la lógica que suplanta las aspiraciones máximas para la salud integral de un pueblo, por la lógica de los mínimos tolerables en el marco de la gobernabilidad. Claro que la mayor parte de veces estas medidas estratégicas se presentan falaciosamente con un sentido contrario al que en verdad tienen y a nombre de tesis como la equidad y la universalidad. Del mismo modo que el Estado norteamericano resuelve el problema del desempleo, repartiendo a más gentes menos horas de empleo parcial, y los mismos montos para remuneración a menos cuotas per cápita; así mismo la Epidemiología hegemónica ayuda con sus cálculos a establecer los ingeniosos parámetros de reparto de paquetes mínimos de salud entre más gentes. Los bajos recursos para la salud se reparten entre más y con eso se implanta la ficción de una cobertura universal.

Los modos de penetración de las con-

cepciones neoliberales y de justificación de los niveles de supervivencia han variado según los escenarios políticos de los diferentes países y de acuerdo al nivel de la lucha popular. En Ecuador, por ejemplo, donde en dos ocasiones el pueblo expresó mayoritariamente y mediante la irrefutabilidad de consultas o referendos nacionales su rechazo al modelo neoliberal, el proceso tuvo que adoptar formas camufladas y escalonadas. Entonces la estrategia de esta tendencia buscó viabilidad durante esta etapa de "containment" político, mediante soluciones "institucionales" por lo pronto, que sin declarar sus metas verdaderas, buscan introducir cambios de a poco y ablandar la conciencia colectiva mediante experiencias de gestión y financiamiento privado en los niveles locales, sea en los servicios del propio Estado, como en espacios de las entidades no gubernamentales³³. Peor aun en el caso de un país como Uruguay, con una añeja cultura solidaria y un exitoso Estado Benefactor, donde la reforma asumió un modelo "desobediente" que ha mantenido elementos decisivos del "welfare state" y ha mostrado un no tan sorprendente incremento del gasto en salud con la reforma³⁴.

En un escenario regresivo como el descrito, nada raro sería que proliferen usos de la epidemiología del "bottom line" con tecnología de punta como la biología molecular. Nuestro querido amigo Dana Loomis, de la Universidad de North Carolina, nos alerta sobre el empleo actual de trazadores genéticos para la exclusión de trabajadores en Estados Unidos*. Un recurso coherente en un país que, como lo explica Petras, ha montado un modelo postkeynesiano de economía de libre mercado que combina bajo desempleo, con un creciente número de trabajadores sometidos a formas de contratación precaria, empleos parciales y mal remunerados, eliminación de beneficios sociales y la acumulación de un ejército de personas que sobreviven en el mercado informal³⁵.

Por consiguiente la pregunta que debemos constar es: ¿Cuál es la importancia estratégica de una disciplina científica como la Epidemiología para el interés hegemónico?

Si la producción epidemiológica tuviera vinculaciones directas en la forma de generación de mercancías y el interés industrial transnacional - como es el caso de la ingeniería genética, por ejemplo-, tendríamos que reconocer una veta rentable de la investigación epidemiológica y su aporte al cálculo de utilidades de los laboratorios; en ese caso sería oportuno retomar aquí el lúcido y severo diagnóstico que el científico y filósofo Hinkelammert establece en uno de sus más recientes ensayos, cuando analiza el papel de la ciencia en esta era de globalización; el dice: "el mercado y el laboratorio científico hacen abstracción de la globalidad de la vida humana", cuando se trata de considerar -o dejar de hacerlo- las consecuencias ecológicas y sociales de las acciones que promueven. Entonces el *binomio "acción mercantil-metodo científico convencional"* actúa invisibilizando los peligros de la globalización y maximizando el cálculo de utilidades en una conjura mercado-laboratorio que se transforma en una fuerza no de globalización racional sino de *totalización antihumana*³⁶.

Pero la Epidemiología es más una disciplina dadora de imagen, herramienta de diagnósticos y del llamado "cálculo de riesgos", por eso, más nos vienen a la memoria los papeles claves que históricamente jugó en esas líneas. El estudio de la salud de la población laboral en etapas de apertura y consolidación de los territorios "tropicales" -en la era de expansión de los imperios económicos durante el comienzo del siglo-; y el papel más reciente que le han impuesto de calculadora de las políticas de los mínimos de supervivencia y de gobernabilidad de los riesgos.

Sobre el primer tipo de función histórica de la Epidemiología, se publicaron en los

*Loomis D. Comunicación personal. [Congreso EPIRio 98, 1998 ago; Rio de Janeiro]

setentas ensayos como los de Richard Brown, que analizamos en un trabajo anterior¹⁰ y, en fechas más recientes están aportes como el magnífico estudio del mexicano Solórzano quien demostró los “malos usos” de la Epidemiología, mediante un sofisticado y completo análisis de los archivos de la Fundación Rockefeller, acerca de la forma como los intereses de la Petrolera Standard Oil y del gobierno norteamericano lograron abrirse paso y transformar su imagen negativa en el clima histórico generado por la Revolución Mexicana, mediante la penetración y el ablandamiento, revestidos de inocente filantropía, en una campaña sobre fiebre amarilla. En resumidas cuentas, el libro de este investigador pone de manifiesto las formas en que la Epidemiología de la Fiebre amarilla fue utilizada como carnada para superar los sentimientos anti-imperialistas, para penetrar los cuadros de la dirigencia revolucionaria, cercar y desplazar a los médicos y epidemiólogos progresistas, y reemplazar las relaciones con los países europeos por relaciones de norteamericanización del Estado y de la Medicina mexicana de comienzos de Siglo³⁷.

En cuanto al segundo papel mediatizador de la Epidemiología para pobres, el fenómeno es más reciente y no recibe aun un estudio completo; apenas trabajos de investigación más recientes empujan a perfilarlo, pero es un hecho que buena parte de la penetración y factibilización de la lógica privatizadora, así como de la restricción del Estado, pasan de una o de otra forma por mecanismos y recursos epidemiológicos.

La contrareforma del postmodernismo

Hace un siglo y medio el mundo atravesaba por uno de los períodos de mayor efervescencia social y cultural. La consolidación del industrialismo y de la propiedad capitalista, la expansión mercantil y financiera en Europa y Norteamérica, daba origen a una era de enorme desarrollo de las fuer-

zas productivas que sería el campo fértil para el despegue del proyecto de la Ilustración y la Era Moderna.

La Era de la Modernidad nació signada por una contradicción acérrima entre una burguesía boyante que empujaba esa modernización para su ventaja, y una masa de desposeídos que comenzaban a reclamar derechos sobre la emancipación conseguida en las jornadas contra el absolutismo y la aristocracia. Es decir, desde su inicio, el proyecto emancipatorio de la modernidad, su direccionamiento histórico fue disputado por las clases dominantes y el pueblo.

El descubrimiento de la fuerza productiva de la ciencia y de la utilidad de manipular las materias primas naturales para fabricar mercancías y riqueza, sustentó la plena confianza en el poder de la ciencia, la certeza del carácter irremediamente progresivo de la historia y el culto a la razón que caracterizaron desde entonces al proyecto de la Ilustración. Desde la óptica dominante, el advenimiento de la Modernidad era un claro signo de que había comenzado la civilización en Europa y de que todo otro pueblo debía, a partir de entonces, medir sus posibilidades y su cultura con ese único referente de progreso.

Pero ese proyecto de la burguesía europea que nació de la entraña revolucionaria de la lucha liberal, pasó con el tiempo a situarse como polo dominante que aceleraba sus apetitos de acumulación económica y dominación política, y que desde Europa primero, y más tarde desde los Estados Unidos, empezó a realizar la empresa colonialista de las potencias para captar los territorios económicos de Africa, Asia y América.

El desarrollo de las ideas no podía sustraerse de ese torrente de transformación, búsqueda y reacción social. *Ser moderno* era usar la razón y el poder de la ciencia para estar abierto a lo nuevo, era creer en el progreso ascendente que se lograba con el dominio de la naturaleza y el impulso industrial hacia la meta superior de la consolidación de la civilización europea; en definitiva ser moderno radicaba en la negación del

pasado y en la afirmación de lo nuevo. Bajo el marco epistémico del pensamiento ilustrado comenzaron a despuntar innovaciones científicas profundas que expresaban esa nueva confianza que se había asignado a la capacidad de la ciencia: Darwin, Freud y el propio Marx, ilustran con su producción las nuevas posibilidades que se abrían al superar el escolasticismo. He ahí la potencialidad del pensamiento moderno que sustentó el crecimiento de la burguesía, pero a la vez sus errores que, como el eurocentrismo y el reduccionismo de la ciencia y la razón, fueron criticados, por Rousseau, Marx, Nietzsche, Weber y la Escuela de Frankfurt, en distintas épocas y desde diferentes enfoques filosóficos.

En efecto, la crítica a la modernidad no comienza con los pensadores post-modernos. Por el contrario, los cuestionamientos más agudos de la modernidad fueron previos a esta corriente neo-conservadora. El propio *Marx* desnudó con su crítica demoledora a la modernidad burguesa, sus aspectos negativos, la explotación y alienación de los seres humanos, y fundamentó un proyecto distinto basado en la organización colectivista y solidaria, buscando empujar a fondo el proyecto moderno. *Nietzsche* en su combate al racionalismo colocó el instinto y la intuición como fundamentos y sostuvo que el “insaciable afán de poder o el empleo del poder, la utilización del poder como instinto creador” era la fuerza motriz de la naturaleza y la sociedad³⁸. Desde Sócrates, pasando por Descartes, Spinoza, los Ilustrados Franceses y Hegel, caen en sus afiladas críticas al racionalismo. Su radical cuestionamiento del sistema judeo-cristiano de valores y a las ideologías de masas, como moralidad de esclavos o de una chusma de débiles, y su ideal del sobrehumano o superhombre, como ser individual, seguro, dominante e independiente, fue su manera de entender la emancipación hacia la recreación de valores superiores por una “raza de señores” que se reactiva cíclicamente en un proceso de eterno retorno; de esa manera rechazó la razón como fundamento, pero sin negar

el proyecto ilustrado en forma absoluta sino que depositó su confianza en la creación de lo que definió como un “hombre nuevo”. *Weber* centró su crítica en el poder moderno de la razón y en el hecho de que una racionalización progresiva conduce a un aprisionamiento en la “jaula de hierro” de una racionalidad administrativa inhumana y cosificada, una racionalidad formal enajenada conforme a fines; un orden que puede trascenderse según él hacía algo mejor, pero a condición de asumir un sentido transformador que tendría potencial emancipatorio, si se erradican algunas ilusiones: como la naturaleza buena del ser humano; la pureza de las vanguardias; el papel necesariamente transformador de las colectividades, el carácter necesariamente igualitario de las economías colectivistas³⁹. El pensamiento weberiano ha levantado críticas esenciales al edificio de la racionalidad moderna ilustrada y a las formas de espiritualidad afines al proyecto capitalista, generando de ese modo incluso un sustento para una vertiente del pensamiento crítico marxista -como la de György Luckács- y para aportes innovadores de la filosofía alemana del siglo actual, que fundamentaron en Max Weber su crítica del pensamiento dominante de la modernidad. Weber defendió la posibilidad de una transformación, despojada de trascendentalismo metafísico y de pragmatismo funcional. *Adorno* y *Horkheimer* de la Escuela de Frankfurt, precisamente, cuestionaron la razón instrumental que impulsa una dominación tecnológica en las relaciones entre los hombres, y ofrecieron un proyecto alternativo de emancipación. En el caso de Adorno, su tesis de un antisistema filosófico al que denominó “dialéctica negativa” -en evidente paralelismo con la crítica que el arte, y la música particularmente, hacen a la teoría tradicional, que sólo enseña la construcción de frases pero no el proceso mismo de su desarrollo-, expone la necesidad de emanciparse de dominio de las categorías y conceptos, trabajar con la trama del pensamiento no con las tesis que lo pretenden reflejar, es la negatividad de la dialéctica

que abre las posibilidades de un pensamiento abierto y emancipado de la omnipotencia de los conceptos⁴⁰. Jürgen Habermas su discípulo, desde una perspectiva diferente, desarrolló su teoría de la razón, centrada en la crítica a esa racionalidad de la eficiencia, de la dominación persistente y del cálculo estratégico, que prima en las sociedades industriales de Occidente; y sostuvo como vía de emancipación la acción comunicativa, el lenguaje orientado al entendimiento y el consenso democrático que se sostienen en un “mundo de la vida”.

La crítica postmoderna, a diferencia de los reparos antes esbozados como el del propio Marx, de Nietzsche, Weber y la Escuela de Francfort, ya no pretende rescatar el proyecto de emancipación del ser humano, sino declarar imposible tal rescate. Como lo explica Sánchez Vásquez, para el postmodernismo “...los proyectos de emancipación como los de la Ilustración burguesa y el marxismo caen dentro de lo que Loytard llama los metarelatos carentes de legitimación”⁴⁰ p. 267. Es decir, para la ideología postmoderna no se trata de trascender los proyectos de la modernidad, superando sus limitaciones o cambiando su fundamentación, sino que se trata de plantear la carencia de todo fundamento y la renuncia a cualquier proyecto total de transformación de la realidad.

La esencia del postmodernismo, como expresión del pensamiento empresarial en el capitalismo tardío, consiste entonces en la negación del proyecto de emancipación de la modernidad. Se trataría de sostener la carencia de todo fundamento, o como lo diría Loytard la crisis de toda forma ideológica que ya no puede legitimar, según él, un orden que es descrito como de “máxima objetivación” bajo las condiciones de existencia de una sociedad informatizada, una sociedad en la que “..la cuestión de la legitimación se plantea en nuevos términos: como autolegitimación del poder y como pérdida de la legitimación del saber en lo que Loytard llama los grandes relatos de la emancipación o de la totalidad en el senti-

do ilustrado o hegeliano marxista”⁴⁰ p. 266.

A partir de esa lógica el postmodernismo niega lo que constituye la afirmación clave de la modernidad que es la emancipación. Cualquier doctrina del cambio profundo, desde cualquier perspectiva, sería uno de esos metarelatos carentes de legitimación. Al no tener fundamentación posible el proyecto se anula, y de esa forma se descalifica toda acción destinada a transformar radicalmente la sociedad. Y para redondear su planteo el postmodernismo asume otras negaciones como las de *superación, historia y sujeto*.

En cuanto a la historia simplemente se la niega de plano, o si es que alguna vez existió, se esgrime que ya ha llegado a su fin. Es un cambio de la conciencia del tiempo pues el pensamiento postmoderno se centra en el presente que es el único que existe y que se reproduce para dar lo mismo. No hay manifestación más claramente conservadora que esa, pues parte de la negación de toda forma de superación sustancial. Es verdad que ahora vemos con más claridad aquello que dijimos muchas veces: que la historia no es lineal, ni mecánicamente progresiva, pero la vida humana se proyecta siempre con una esencial necesidad de emancipación.

A su vez el postmodernismo hace suya la tesis del postestructuralismo francés sobre la *muerte del sujeto*, la disolución de la subjetividad, pero no como resultado de la privatización, fragmentación y cosificación de la conciencia individual y la construcción individualista y alienada bajo el capitalismo tardío, sino como la negación de toda posibilidad de una nueva subjetividad ante la inexistencia de historia.

En definitiva, la ideología postmoderna se nutre de fuentes filosóficas inmovilizantes o de interpretaciones conservadoras de las críticas a la modernidad: Nietzsche y el existencialismo de Heidegger, con su negación del tránsito histórico; la interpretación conservadora, parsoniana, del pensamiento de un Weber despojado de su crítica a la modernidad capitalista; el postestructuralismo y su negación del sujeto histórico; con todo lo cual

se pretende una doble maniobra ideológica, despojar a los pueblos de toda subjetividad de cambio, truncar todo sueño de liberación y, a la vez, reconciliar a los pueblos con sus miserias y el destino fatal de una realidad que ya no puede cambiar.

Reformismo, epidemiología y los malos usos de la gerencia

Existen interpretaciones distintas sobre la reforma del Estado y el papel de las disciplinas de la Salud Pública como la Epidemiología. Es probable que aun no hayamos logrado captar las claves del asunto, cuestión que confunde y limita la evaluación de nuestro quehacer; puede decirse que persisten una discusión ideológica excluyente y una comprensión errada de la reforma y de sus notables diferencias con el reformismo.

La reforma del Estado que hemos denominado *profunda*⁴¹ implica un cambio de formas sí, pero no cualquier cambio, sino cambios de formas del Estado que contradigan la sustancia privada, monopólica y concentradora del poder que caracteriza a nuestra sociedad y a su sistema de salud. Sólo entonces dejan de ser retóricos enunciados como los de equidad, universalidad, etc. Ese tipo de reforma sólo despega y se consolida cuando implica un enlace entre el proceso de construcción democrática de un nuevo Estado y el proceso de construcción del poder popular. Es un proceso sinérgico de *democratización-construcción alternativa de poder-descentralización* que debe ocurrir, simultánea y complementariamente, en el Estado y la sociedad civil. Mientras que el *reformismo* es el cambio de formas del Estado que no compiten con dicha sustancia, sino que la remozan en un proceso cosmético que, como diría Bolívar Echeverría "...saluda al futuro pero no se acaba de despedir del pasado, permite la realización de ciertas utopías...", pero sólo como concesiones puntuales que no alteran la estructura de poder y el acceso inequitativo de los grupos a los componentes del poder⁴².

En el terreno específico de la salud, para alcanzar un proceso de reforma profunda es indispensable dar a los conceptos e instrumentos de la reforma –como *equidad, participación, empoderamiento, descentralización, epidemiología*; etc.- unas acepciones e implicaciones prácticas radicalmente diferentes.

La epidemiología de los mínimos de supervivencia es una epidemiología del reformismo, cuyas líneas de acción y limitantes ya hemos analizado. Es indispensable emprender el desarrollo de una *Epidemiología Crítica*, que genere formas alternativas de investigación y monitoreo de la salud, que elabore una comprensión diferente de la prevención, de sus escenarios y componentes, de tal manera que compitan con la sustancia elitista y la concentración del poder en el Estado y la sociedad. Asunto que lo perfilaremos al aproximarnos a los avances de dicha epidemiología crítica en la parte final de este trabajo.

Los avances de las ciencias administrativas aplicadas a la salud y las nuevas teorías sobre la gestión -y la gerencia como una de sus herramientas-, han determinado la creciente necesidad de discutir las articulaciones entre la Epidemiología y la Gerencia. Y aquí vuelve a aparecer la necesidad de un debate esclarecedor.

Al mismo tiempo que importantes núcleos de la salud colectiva trabajan para elaborar propuestas renovadas de la teoría de la administración; así también se han desencadenado desde la orilla conservadora de la sociedad propuestas para la gestión y gerencia. Un análisis de contenido de los documentos técnicos escritos por cuadros del Estado, de las agencias de cooperación y de ONGs demostraría una aparición reiterada de términos como "gerencia", "calidad total", "costo-eficiencia", "racionalización del gasto", "mercado de salud", "subsidio a la demanda", "enfermedades del paquete básico" y otros, que aparecen con denotado énfasis, y que marcan la presencia de los temas gerenciales en el escenario. Quien podría desconocer la trascendencia de esta temática y las repercusiones en la reforma

de paradigmas distintos de las ciencias administrativas. Lo que aquí queremos poner de relieve, más bien, es que con los elementos de la gerencia se está construyendo una contratendencia en las ciencias de la gestión. De modo general podría ser saludable para la lozanía de la práctica que se exploren nuevos mecanismos de eficientización, pero lamentablemente la doctrina sobre gerencia que se está imponiendo en la mayor parte de escenarios es la que se articula perfectamente al marco conceptual postmoderno conservador que hemos analizado y a los procesos estratégicos de penetración del ideario neoliberal con sus dos movimientos complementarios: privatización y desmantelamiento del Estado.

La gerencia de calidad total seduce en países como los nuestros, cuyos sistemas estatales han sido el sumum de la ineficacia y la corrupción. Pero la receta que nos proponen parece ser peor que el mal. No cabe aquí un análisis completo de esa problemática, basta con resaltar varios elementos regresivos que se han propalado. Los modelos de gestión que proponen los gerentes y estudiosos postmodernos hacen parte de ese trastocamiento de la lógica temporal hacia el *eterno presente* que es una premisa ontológica esencial del postmodernismo; es decir, la nueva gerencia al argumentar la negación del pasado (gerencia reactiva que es cuestionada), al contradecir el enfoque del futuro (gerencia prospectiva) llega a sostener, muy postmodernamente, que la gestión está sólo en el presente que es lo que hay que mirar para lograr actividad real y eficaz. Eso es lo que algunos de sus autores definen como el cambio hacia la relación vertical con el instante, mirar hacia arriba y actuar en el presente⁴³. Si esa postura tendría que ver sólo con la crítica de las rigideces de la planificación formal o normativa, y de los extensos e inútiles diagnósticos epidemiológicos de una burocracia especulativa, estaríamos tentados a admitir como conveniente un énfasis como el citado. Pero lo que está por detrás de ese postulado es el principio interpretativo de que la vida se comprende, rea-

liza y planifica en el presente. Es la mirada transversal de un fin de la historia que repleta la "nueva" gerencia, es la óptica de la gestión desde una lógica congelada en el tiempo, que pone un alto en el movimiento de la historia, con lo cual se deja por fuera la emancipación humana como base de todas las prácticas y pensamientos críticos. Automáticamente por esa vía la gerencia deja de ser una herramienta de emancipación para convertirse en un instrumento apenas cosmético situado en la perspectiva del eterno presente.

Esa maniobra es de enorme trascendencia frente a la comprensión y enfrentamiento de problemas epidemiológicos. En efecto, si reduciríamos la lógica de comprensión de las entidades transmisibles, por ejemplo, a sus expresiones manejables de un eterno presente, estaríamos recortando la realidad a sus expresiones actuales observables y, estaríamos además, desconectando la gestión epidemiológica del movimiento hacia tesis de lucha previstas. Estaríamos atrapados en un proceso sin raíces y procesos pretéritos determinantes, y sin referentes de ruptura futura que marquen los puntos éticos y sociales de una transformación actual. Estaríamos en el reino de la indeterminación, del coyunturalismo permanente y en el existencialismo administrativo de la sucesión de presentes. El conocimiento de la Tuberculosis para transformarla, por ejemplo, quedaría despojado de su lógica completa; no podríamos conocer el proceso pretérito de determinación, que tanta importancia tiene para una visión que busque superar el empirio positivismo; estaríamos limitados frente al diseño de acciones con un sentido emancipador; sólo nos quedaría reconocer los fenómenos asociados de un presente. Si repitiéramos además, como lo prescribe ese tipo de gerencia, que ahora debe verse el pasado y el futuro a partir del presente, estaríamos reduciendo la acción al posibilismo y condenando la construcción al simple reformismo. La verticalización de la lógica se liga así estrechamente a la limitación de la acción a los mínimos posibles.

La Epidemiología Crítica, en cambio, analiza la *dialéctica pasado-presente-futuro*. El pasado es un referente para reelaborar nuestra identidad, nuestro sentido de pertenencia y para comprender las raíces de la determinación de muchos eventos del presente. El presente debe ser mirado críticamente para desentrañar las posibilidades para la lucha por el disfrute futuro colectivo de los bienes de la dignidad, la equidad y la humanización de la vida, que hayan sido definidos en el marco de una utopía debatida y razonada que concrete el ideal emancipador. El pasado entonces no es un presente muerto en tiempo pretérito y el futuro no es la sucesión de presentes. Pero claro, desde el punto de vista de los ideólogos del capitalismo tardío, como no hay historia ni posibilidades de un proyecto de emancipación, las ciencias administrativas tienen que ocuparse sólo de las acciones posibles del presente.

El paradigma de una gerencia neconservadora influye también la gestión epidemiológica de otra manera. La definición de calidad que trae el recetario de esa gerencia, la promueve como eje de una “nueva mentalidad”, supuestamente liberada del lastre de las previsiones historicistas, puesto que, según esa línea de pensamiento, ahora nos estaríamos moviendo en las penumbras, en escenarios no determinados y predecibles, sino sujetos a la indeterminación, de tal forma que la historia y la lógica son puestas a un lado (desde la perspectiva que comentamos) y ahora tendríamos rutas bifurcadas desplegándose constantemente; antes habríamos buscado razones para explicar, ahora encontramos sinrazones para admitir; antes apreciábamos la historia por lo que debía ser, ahora estimamos que la historia...es lo que ha sido y no lo que ha debido ser”⁴³ p. 49.

La Epidemiología Crítica asume el principio de determinación y evita las distorsiones del indeterminismo y del

determinismo. El *indeterminismo* sostiene que en los eventos humanos, los precedentes no determinan los subsecuentes. El *determinismo* supone que cualquier tipo de evento proviene directamente de una causa y que, dada la causa aceptada el evento deriva invariablemente; niega por tanto los elementos de la probabilidad o contingencia (determinismo biológico, determinismo histórico - historicismo -, determinismo económico - economicismo -, etc.). Tanto la absolutización de la incertidumbre, como la rigidez de la causalidad son irreales e impiden conocer el movimiento del mundo. Por eso, la Epidemiología Crítica asume el principio de *determinación* como una herramienta poderosa para la comprensión de la génesis de los procesos, porque se refiere al *modo de devenir* o forma (acto o proceso) en que un objeto adquiere sus propiedades, incorporando el ingrediente esencial de productividad y conjuntando las características de contingencia y regularidad al mismo tiempo*. La *determinación* no tiene porque verse limitada a realizarse tan sólo mediante variaciones cuantitativas (determinismo mecanicista); ni tiene por qué producirse tan sólo por compulsión externa (determinismo causal); ni tampoco tiene por qué ser unívoca o bien definida (determinismo causal y mecanicista). Todo lo que hace falta para sostener la vigencia de la determinación es que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas (determinadas) que tales formas de devenir no son arbitrarias sino legales y que los procesos a través de los cuales todo objeto adquiere sus características se desarrollan a partir de condiciones preexistentes. En esa medida hasta el azar, que a primera vista es la negación misma de la determinación, tiene sus leyes. Entonces una cosa es que rechazemos por ejemplo, la visión mecánica de un marxismo simplista, de una historia lineal de ascenso permanente hacia la nueva sociedad, y otra muy distinta es plantear, a nombre

*Algo muy significativo es que tanto mi querido y respetado amigo el Profesor Guillermo Rodríguez como yo, a pesar de no haber tenido contacto en ese entonces, publicamos a fines de los 70 ensayos que incorporaban la categoría determinación tal como fue definida en: Bunge, Mario. Bunge, Mario. Causalidad: El Principio de Causalidad en la Ciencia Moderna. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1972 (3era ed.). p. 403⁴⁴.

de una crítica a la absolutización de ese progresismo ascendente, que nada hay previsible y que no podemos analizar la determinación de procesos históricos ligados a la gestión para transformar dicha sociedad.

Y siguiendo con el problema de la teoría de la gestión, se cierra el círculo de la doctrina neoconservadora, con el planteo expreso de que lo fundamental es no contraponer ni pensar en términos dilemáticos, sino de concertación; convirtiendo la extrema flexibilidad y pluralismo en expresiones de la más avanzada creatividad, que se apoyan en la cultura para favorecer adaptaciones y ventajas en el desarrollo de la competencia. En este mismo sentido, el investigador venezolano Landaeta, remarca un aspecto clave de la estrategia que aquí estamos cuestionando cuando sostiene que, el valor del liderazgo que se enfatiza en dicha visión gerencial, busca convertir a cada actor en un “fanático de la calidad”, explorando recursos emocionales para lograr una subjetividad altamente funcional, un compromiso acrítico con la entidad⁴⁵. En no pocas oportunidades, algunos sustentadores de esta línea gerencial conservadora han propalado una lectura deformada de las tesis de Jürgen Habermas desnaturalizando el sentido emancipador de sus tesis sobre la acción comunicativa.

Los epidemiólogos y el personal de salud, atosigados por las trabas de los sistemas administrativos imperantes y vulnerabilizados por la falta de pensamiento crítico son seducidos muchas veces por toda esta nueva terminología gerencial, pero nosotros reclamamos una comprensión mejor de estos temas, para que, sin obstaculizar la participación de la Epidemiología en el avance de cambios en la gestión, mantengamos una vigilancia consciente sobre estos asuntos y la independencia de nuestras propuestas respecto al movimiento neoconservador.

Elementos actuales de una práctica contrahegemónica

El foro de un congreso brasileño de epidemiología es el escenario más propicio

para pensar sobre contrahegemonía. Brasil es sin duda en el contexto de América Latina, uno de los países con avances más promisorios de una nueva Epidemiología, sino el único en que las corrientes innovadoras de un pensamiento crítico, tienen resonancia e institucionalidad. Por eso a diferencia de otros contextos donde la Epidemiología convencional y empirista se mantiene prácticamente intocada, tengo la certeza de que intervengo ahora en un campo fértil donde hay mucha tela para cortar en la línea progresista.

Entre nosotros, nadie que éste en sus cabales y que asuma con firmeza una ética de la responsabilidad puede negar que se necesita una alternativa al capitalismo. La vida en el planeta ha sido colocada al borde de un nuevo holocausto, no sólo por la destrucción física de los seres y de la Tierra, sino por el arrasamiento cultural y moral. Ese es el clamor que expresa el manifiesto del Foro Mundial de Alternativas cuando dice que “ya es tiempo de revertir el curso de la historia...(y)...despertar la esperanza de los pueblos”.

Por eso queremos concluir este análisis con algunas reflexiones hacia una Epidemiología de la Esperanza; una Epidemiología de la Dignidad; una Epidemiología abierta y expresamente puesta al servicio solidario de las máximas aspiraciones de vida que sean factibles con la riqueza de nuestros pueblos; una Epidemiología en la que converjan los saberes, las resistencias, las luchas, las imaginaciones, los corazones, puestos a vibrar por un mundo humano, donde fructifiquen las diversidades y se desaten los nudos de la triple inequidad que nos agobia: la social, la de género y la étnica.

La Epidemiología con su arsenal para la defensa y promoción de la vida puede integrarse a los sueños y realizaciones de la gente, traducirlos en su propio discurso y concretarlos en sus programas de acción.

Pero como diría Hinkelammert “...de que sirve una discusión de alternativas, si no se las puede realizar porque aquel que afirma que no existen alternativas tiene el poder de destruirlas?”⁴⁶. Y es cuando toma-

mos conciencia de ese hecho que nos vemos obligados a reflexionar sobre el *poder* y los elementos que lo sustentan.

Gramsci comprendió que la dominación no es fruto solamente de la fuerza material que posee una clase –y nosotros diríamos o un grupo de género, o étnico- sino de la capacidad que ésta tiene de captar intereses que van más allá de sus estrechos límites y de ese modo ejercer un liderazgo moral e intelectual, realizando compromisos con una variedad de aliados que se unen en un bloque. En el bloque se establece una base de consentimiento para un cierto orden social en el que la *hegemonía* es creada y se reproduce dentro de una red de instituciones, relaciones sociales e ideas⁴⁷.

De ahí resulta la necesidad de oponer una dirección ético-cultural, intelectual y moral contrapuesta -a la que se conoce como *contrahegemonía*- que se corresponda a la estructuración de un bloque de clases y grupos sociales democrático, anti-monopólico y antineoliberal.

Sería ilusorio pensar que la Epidemiología puede desentenderse de esta contradicción. La Epidemiología funcional, mediatizada y acrítica que hemos cuestionado es parte integrante de la hegemonía, mientras que la Epidemiología Crítica es un recurso importante de contrahegemonía. Pero para serlo, necesita no solamente asumir posiciones y compromisos claros, sino insertarse en un proceso vivo de acumulación de poder democrático y descentralizado, donde concurren esfuerzos de planeación, movilización, concientización, gestión y consolidación; tanto en los espacios de la sociedad civil, cuanto en los espacios democráticos del aparato estatal⁴¹. Ese es el poder de la ciencia de los sin poder.

Al respecto de este último pensamiento cabe aclarar que esos espacios democráticos donde se ejerza contrahegemonía y se proyecte la emancipación, no van a existir si trabajamos con los mismos conceptos epidemiológicos y de gestión que se reproducen en buena parte del “establishment” académico y en los núcleos técnicos funcionales. Tendrán que ser conquistados con

mucho trabajo científico, con una considerable creatividad técnica y con lazos estrechos con las instancias democráticas del Estado y la “sociedad civil de los pobres” como la llama el sociólogo ecuatoriano Francisco Hidalgo.

Epidemiología y humanización de la vida: hacia una epidemiología dura

Las ciencias sociales siempre fueron sometidas a un complejo de inferioridad en contextos dominados por el cientificismo. El origen de ese maltrato y subordinación radica en los fundamentos positivistas que sostienen el edificio de la ciencia hegemónica. El pensamiento Ilustrado fundó la idea de que el mundo se reduce a unas cuantas leyes fundamentales y de que todo fenómeno era reducible a leyes simples.

Ese enfoque reduccionista subyace tras la distinción arrogante que se da en la subcultura médica entre las llamadas ciencias básicas y las otras. Según ese escalafón, habría un escalonamiento desde lo “profundo” o “fundamental” de la biofísica y la bioquímica, hacia lo menor y aplicativo de las disciplinas sociales, por ejemplo. Como lo señalamos en una publicación anterior de extremarse ese razonamiento positivista falaz se llega al absurdo expuesto por William Thorpe de que si la investigación de descubrimiento vale para las leyes fundamentales y la de aplicación vale para la explicación de los fenómenos de otros campos como los sociales, entonces las únicas ciencias duras serían las ciencias que manipularan fenómenos físico-químicos fundamentales y los duros entre los duros serían los físicos de partículas elementales⁴⁸.

Entonces una cosa es que la investigación epidemiológica de la Tuberculosis, por ejemplo, pueda para algunos efectos como la identificación de casos índice, o el establecimiento de algoritmos terapéuticos, profundizarse con las nuevas técnicas moleculares de tipificación de cepas de *Mycobacterium*, tales como la de recono-

cimiento basado en el ADN, que permite detectar brotes con cepas multiresistentes; y otra cosa muy distinta es que a esa incorporación de elementos bioquímicos se le denomine, erróneamente, “epidemiología molecular”. Es decir, no se puede confundir el objeto de estudio de la epidemiología que es siempre social, y que tiene, eso sí, diferentes dimensiones de análisis, con una técnica de apoyo; pues por ese camino llegaríamos al absurdo de hablar de una epidemiología estadística, una epidemiología antropológica, una epidemiología económica, etc., según empleásemos con mayor énfasis técnicas de apoyo provenientes de esas ramas de la ciencia. Un abordaje de ese tipo, crearía mucha confusión, dado que un objeto social complejo como el de la Epidemiología generalmente requiere del uso de varias y múltiples técnicas que se triangulan. Más adelante comentaremos sobre las ramas o subdivisiones de nuestra disciplina.

El trabajo valioso de varios centros brasileños coordinado por Lía Giraldo para el desarrollo de trazadores genéticos de toxicidad en trabajadores de la industria química, es una muestra muy importante del apoyo de la biología molecular a la Epidemiología Crítica⁴⁹. No se trata de que los análisis moleculares y genéticos inauguren una supuesta epidemiología molecular, se trata más bien de que la epidemiología crítica adquiere nuevos instrumentos para penetrar en la realidad, proyectar su cuestionamiento de los procesos productivos y respaldar tesis de reivindicación jurídica, por ejemplo, para la defensa de la vida. Con trazadores genéticos y todo, la lógica de la epidemiología crítica prevalece y su proyección colectiva no es sustituida por una visión factorialista ni biologicista.

Entonces en definitiva, hay que reconocer que es muy bueno que el talento de muchos epidemiólogos latinoamericanos se proyecte hacia herramientas nuevas como la biología molecular, o la geometría fractal, o los sistemas de modelamiento matemático, pero no para sustituir, desintegrar o distraer a la Epidemiología de su esencia

social ni de su proyección histórica colectiva, sino para fortalecer el acervo de sus técnicas de apoyo.

Dicho lo cual podríamos concluir que el criterio para reconocer una ciencia como dura (“hard science”) es, como lo hemos señalado antes, su eficacia (respuesta y penetración) para participar en la construcción de un mundo humano (equidad y bien común); para lograr avances teóricos en correspondencia con lo anterior; para aportar en la construcción de poder democrático en la gestión. Y eso claro está, implica capacitación de alto nivel e infraestructura, pero no se reduce a la consecución de éstos recursos. Implica además un alto nivel de integración de saberes y, finalmente, implica una dosis de voluntad solidaria y esperanza.

La *humanización de la vida* que es el referente central y criterio de direccionalidad de nuestro quehacer, es el eje de una ciencia epidemiológica ligada a la contrahegemonía y conscientemente dirigida a las principales instancias de la reproducción social; es decir, la humanización del *trabajo*; la humanización del consumo y de la vida familiar –lo que mi distinguido amigo Naomar Almeida denomina “epidemiología del modo de vida”–; creación de formas solidarias de organización y formas democráticas de poder; la creación de patrones culturales y de subjetividad emancipadoras; y la construcción de relaciones ecológicas saludables⁵⁰.

Y para ponerse a tono con ese desafío la Epidemiología debe acoplar sus conceptos, método, técnicas de apoyo, vínculos con otros saberes y articulaciones con un bloque estratégico, para cumplir cuatro *papeles fundamentales* que son: el ser testigo acusador de los procesos destructivos para la vida que se dan en la sociedad; ser una herramienta de monitoreo crítico de la calidad de vida y la salud; ser un instrumento de empoderamiento (“empowerment”) de la población en su movimiento hacia la conquista de equidad social, étnica y de género; ser un arma de planeación estratégica y participativa.

Nada más distante de esta propuesta latinoamericana que el reduccionismo de la Epidemiología oficial.

Aportes de la epidemiología crítica latinoamericana: nuevas categorías, nueva práctica

El análisis de la vasta producción de la Epidemiología Crítica latinoamericana rebasa no solamente las posibilidades de un trabajo como éste, sino nuestro conocimiento de la enorme cantidad de proyectos que se realizan en la región actualmente. Lo que podemos aportar quienes hemos estado vinculados al movimiento de la salud colectiva son algunas reflexiones acerca de categorías o dimensiones del problema que han sido trabajadas, avances y desafíos pendientes.

Podría facilitar un ejercicio de esa complejidad el trazar dimensiones del problema en estudio. Como lo señalamos antes, tal dimensionamiento, no debe plantearse en las técnicas de apoyo y sus ramas científicas, pues sería un procedimiento de análisis que comprometería la unidad y coherencia del objeto epidemiológico, sino de acuerdo a las dimensiones del propio objeto.

A nuestro juicio la unidad y diversidad del objeto epidemiológico puede comprenderse mejor con la categoría *reproducción social*, la cual puede ser enfocada como recurso teórico para entender el proceso de *determinación epidemiológica*.

En un voluminoso estudio publicado a comienzos de la década y coordinado por Everardo Nunes, Cristina Laurell, Saúl Franco y quien escribe estas letras, se expone una visión panorámica de la salud colectiva latinoamericana y una evaluación del estado del arte en diferentes campos, incluido el de la Epidemiología⁵¹. Remito a esa obra a las personas interesadas en mayor detalle.

Lo que aquí interesa destacar es que los aportes epidemiológicos se ubican en una de las siguientes dimensiones:

- análisis crítico epistemológico de categorías nodales como “causalidad”, “de-

terminación”, “riesgo”, “exposición”;

- discusión y aporte sobre metodología general;
- análisis sobre las formas de práctica.

Sin restar méritos de ninguna manera a los trabajos fundacionales de Juan Cesar García y los chilenos (i.e Molina, San Martín), ni a los aportes fundamentales como los del grupo mexicano con Cristina Laurell a la cabeza, más dos o tres en América Latina; y reconociendo además de antemano, que hay talentosos grupos laborando en Argentina, Colombia, Cuba, Ecuador, México, Venezuela y otros, la verdad es que no hay duda de que la producción nacional en salud colectiva, más extendida, institucionalizada y políticamente proyectada de la región es la del Brasil.

Por eso, y por tratarse de un congreso brasileño de epidemiología, a manera de rendir un cálido homenaje al compromiso solidario y a la disciplina de ustedes, me permitiré mencionar algunas conclusiones generales que mi limitada información me permite exponer acerca de la rica dinámica brasileña de la Epidemiología Crítica. Pido licencia a este selecto grupo de compañeros porque más que intentar un análisis epistemológico de la vasta producción procuraré referirme, tal vez muy coloquial y fraternalmente, al trabajo de amigos con quienes he recorrido más de cerca esta tierra hermana y otras latitudes, donde he tenido el privilegio de compartir un quehacer, y de quienes he aprendido mucho, pero sobre todo una lección que la he difundido a lo largo y ancho de América Latina: cuando se trabaja un movimiento coordinado de envergadura nacional se puede lograr que la Epidemiología Crítica, además de calidad depurada, llegue a consolidarse en amplios espacios institucionales y movimientos sociales. La ventaja adicional de no proponerme una evaluación exhaustiva de la producción brasileña, ni mucho menos, es que no podrá censurarseme por la omisión de muchos aportes de trascendencia que yo no mencionaré.

Mi primer contacto con la nueva epide-

miología del Brasil fue a través de José Carvalheiro y Rita Barata. Compartíamos en Sao Paulo, en uno de aquellos seminarios de fines de los setenta, los primeros análisis críticos sobre la clínica y la epidemiología, el cuestionamiento del causalismo, las visiones alternativas para estratificación poblacional. Carvalheiro, genuino mentor y amigo, nos aportó con su experiencia, en la depuración de una obra que en ese entonces nos encontrábamos escribiendo y cuya traducción y publicación él impulsó más tarde. De Rita, recuerdo en ese entonces, a más de sus agudas observaciones sobre los planteamientos preliminares que habíamos elaborado, el obsequio de un libro que no sólo me fue de gran utilidad, sino que desde entonces representa para mí un ejemplo de la majestad y la dignidad con la que se puede hacer Ciencia en América Latina, me refiero a la obra "Ciencia e Existencia" del Maestro Alvaro Vieira Pinto⁶.

José es un batallador incansable y ahora tiene sobre sus hombros el reto de lograr con la Revista Brasileña de Epidemiología, no sólo un referente bibliográfico de excelencia, sino ponerla en la línea de construcción del tipo de ciencia dura, contrahegónica, sobre la que tanto hemos insistido.

Rita Barata ha sido clara en su posicionamiento epistemológico. En un trabajo que he citado en varias oportunidades, impugna el proceso de excesiva valoración de las técnicas y empobrecimiento del método, sobretodo en sus aspectos conceptuales⁵². Luego años más tarde, inscribe su producción en las reflexiones acerca del objeto de la epidemiología –punto metodológico nodal- y hace públicas sus reflexiones sobre el proceso de constitución del discurso científico de la epidemiología⁵³, aplicando al desarrollo del saber epidemiológico la noción foucaultiana de dicho proceso, y analizando el ascenso desde la integración de un saber relativo a un conjunto de procesos para adquirir una *formación discursiva*, para avanzar luego hacia la configuración de una *disciplina* alrededor de objetos potencialmente científicos; hasta llegar a la formación de una *ciencia* alrededor de objetos claramen-

te constituidos. Empatando en éste último punto con el pensamiento de Ricardo Mendes Gonçalves, destacó el papel de la ciencia como práctica de conocer, como teoría y no apenas como un conjunto de estrategias de investigación. Es a la luz de esas reflexiones que analiza el paso desde el texto "inaugural" de Brian Mac Mahon -que comienza a sistematizar estrategias de investigación, un modo de razonar empírico asociativo ligado al arsenal cuantitativo de la estadística- y, más adelante, revisa los avances de Mervyn Susser en un trabajo más refinado sobre el pensamiento causal. En ese punto es muy importante su señalamiento de que dicha línea de trabajo iba en dirección a un fortalecimiento de las técnicas mientras permanecía una debilidad en la reflexión teórica. Será a finales de los años ochenta que el movimiento latinoamericano comienza a subsanar esa distorsión y, para el caso del Brasil, aparecen las fundamentales contribuciones de Naomar de Almeida Filho y de Ricardo Mendes Gonçalves, creo que los dos herederos de la tradición contrahegónica de ese semillero que fue el departamento de Epidemiología de la USP, encabezado por el ilustre maestro Guillermo Rodríguez. Ricardo y Naomar han ofrecido a la Epidemiología Latinoamericana contribuciones decisivas para la construcción del objeto de la Epidemiología.

Mi experiencia ha estado más cerca de la prolífica producción de Naomar, sin que eso reste importancia alguna a las contribuciones de Ricardo Gonçalves, ampliamente citadas por el propio Naomar y por muchos estudiosos de la temática.

Lo primero que aprendí de Naomar, antes que de Epidemiología, y no precisamente en un recinto académico, fue que había varios centros de irradiación de cultura brasileña, pero que era la Bahía de Jorge Amado, según él, la que mostraba mayor vitalidad. La vida se ha encargado de mostrarme varios otros centros vitales del ser brasileño, pero esa broma fue hecha con un gran sentido de la desproporción, que lo festejo hasta ahora. Lo que sí agradezco es que des-

de esos primeros contactos surgió una amistad de la cual he aprendido en lo académico y humano.

Es mucho lo que habría que decir acerca de las contribuciones de Naomar y del grupo de Salvador. Pero vamos a perfilar algunas sobresalientes como hitos de un proceso coherente de acumulación.

Una veta principal de sus reflexiones desemboca en su "Epidemiología Sin Números"⁵⁴ donde se marca con claridad el salto de la epidemiología crítica, como el rompimiento de dos restricciones metodológicas de la epidemiología convencional: primero, la reformulación de sus reglas de interpretación restringidas a la causalidad; y segundo, una expansión de las reglas científicas de la epidemiología, tanto en profundidad como en extensión. Es en esas dos direcciones que se estructura la obra, sistematizando contrastes entre las posiciones convencionales y los avances de la Epidemiología Crítica, e integrando como si fueran partes del rompecabezas de la nueva Epidemiología, contribuciones básicas, conceptuales y metodológicas, como las de Guillermo Rodríguez y su lectura de la determinación, Sergio Arouca y su replanteamiento de la prevención, o rescatando la "pax biológica" de Ricardo Gonçalves con su cuestionamiento de la interpretación empirista de lo social; o de Ana María Tambellini con su crítica de la causalidad y su replanteamiento de la relación biológico social en la comprensión de la enfermedad; o de Sebastiao Loureiro y su visión crítica del reduccionismo con que la epidemiología hegemónica trata categorías como "exposición"; Mauricio Barreto y sus valiosas reflexiones sobre lo individual y lo colectivo.

De ese ciclo más temprano de "Epidemiología Sin Números" pasará por varios más, y en cada escalón un nuevo ascenso conceptual, un avance en la línea de su propia prescripción epistemológica: desarrollar en extensión y profundidad. En efecto, la próxima etapa profundiza en el análisis de categorías como determinación; trabaja en la superación crítica de algunas propuestas del mundo anglosajón –como las de Marcel

Goldberg ("Ese Oscuro Objeto de la Epidemiología"-1982) o las de Olin Miettinen ("Epidemiología Teórica" –1985)-. Ya no satisface a la moderna epidemiología crítica latinoamericana el reduccionismo metodológico que se circunscribe a relaciones como "variables determinantes" y "variables del estado de salud"; "relaciones entre medidas de ocurrencia y determinantes". A partir de esas reflexiones, entra en consideraciones sobre los llamados "factores de riesgo"y, aunque no siempre comparto sus conclusiones, no me queda la menor duda de que su trabajo es uno de los más serios que he visto realizados contemporáneamente^{55,56}.

En la actualidad tiene en prensa una publicación conjunta con Jairnilson Paim, un libro que proyecta el valioso acumulado del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía y de otros núcleos de América Latina hacia el ámbito general de la práctica, las políticas de salud y la reforma del Estado⁵⁷.

La riqueza de la producción de Naomar -cuya profundidad estas líneas apenas contornean-, es un buen ejemplo de la calidad alcanzada por la producción del movimiento de la salud colectiva en el Brasil. Una obra profunda de contenido; definida en su posicionamiento epistemológico; generosa en su capacidad para reconocer y nutrirse de los aportes de los otros; desobediente del recetario funcionalista y neoliberal; ampliamente conocedora de la epidemiología del "mainstream" cuanto de la producción contrahegemónica y, sobretodo, dispuesta a la construcción colectiva y solidaria.

El movimiento de la salud colectiva del Brasil crece y se renueva. La producción de José Ricardo Ayres, por ejemplo, es otro punto alto que ilustra la vitalidad y el talento de la epidemiología brasileña creativa y original. Su trabajo de reflexión epistemológica nos ha mostrado, con ribetes de erudición, la importancia del estudio de la relación entre teoría y práctica, máxime en momentos de crisis que favorecen la posibilidad de rechazo y superación de los paradigmas dominantes. Es decir, el ingrediente de la crítica histórica-epistemológica aparece en su

producción como un componente vital de la lucha por la contrahegemonía o, como el mismo la describe, una tarea de llevar a la epidemiología a vencer las interdicciones teórico-metodológicas hacia una articulación más positiva con el ideal de superación de las condiciones materiales que recrean la desigualdad⁵⁸. Su trabajo para enriquecer la comprensión del concepto epidemiológico de riesgo, avanza argumentos importantes en ese línea de búsqueda latinoamericana⁵⁹. Su visión integral de la epidemiología la concibe como "...el reflejo en el conocimiento, de la génesis de la distribución de las enfermedades en la dimensión colectiva, y que, por otro lado, la objetividad de ese proceso de génesis en las prácticas concretas, está relacionada al modo como los seres humanos estructuran su saber sobre las mismas"⁶⁰.

Pocos trabajos de investigación han sido tan visionarios y útiles para el diseño de una práctica contrahegemónica como los de Paulo Sabroza¹⁶, su certero análisis de los espacios secundarios que crea el capitalismo, con sus peculiares circuitos epidemiológicos y el facilitamiento de patrones de comunicabilidad infecciosa. La Epidemiología Crítica en este caso, provee de herramientas conceptuales para un replanteo de la comprensión de los procesos transmisibles y del estudio del espacio epidemiológico.

La reconstrucción de categorías esenciales como el *tiempo* en la investigación de las tendencias seculares es un trabajo importante para la epidemiología. Fueron decisivos los ensayos de McKweon y Lowe en Gran Bretaña, y en época más reciente los que se incluyen en los informes "Black" y "Whitehead" de dicho país, para comprender que la categoría tiempo es más que una medida cronológica y podía expresar condiciones históricas determinantes. Pues en Brasil la Epidemiología Crítica ofreció también ese tipo de aportes en estudios como los de Ruffino Netto y Pereira⁶¹ que analizan la evolución secular de la tuberculosis de 1860 a 1977 en esta misma hermosa ciudad de Rio de Janeiro y pudieron establecer en la curva de descenso tres fases con

tendencias que se explican por determinantes económico estructurales y políticos.

La Epidemiología Crítica en el Brasil es penetrante y diversa. Abarca desarrollos tan novedosos como la epidemiología del deporte y trabaja una perspectiva diferente para campos expresamente relegados y maltratados como la epidemiología laboral y la de la salud mental. Jackson Sampaio es un exponente prolífico de esa nueva visión de la salud mental colectiva, por ejemplo, que concretó en su obra reciente "La Epidemiología de la Imprecisión"⁶² una rotunda crítica al reduccionismo causal de la psicología y psiquiatría convencionales, repiensa la determinación de la locura o la salud mental, y formula replanteamientos metodológicos importantes para la epidemiología.

La diversidad de objetos es un signo más de la vitalidad del movimiento de la Epidemiología Crítica en el Brasil. Si pasamos revista a algunos de los principales núcleos encontramos puntos de profundización y fortalezas distintas.

El grupo de la Universidad Federal de Bahía con Mauricio, Naomar, Jainilson, Gloria, Vilma, Rita, a más de su trabajo teórico-epistemológico, se encuentran luchando por colocar a la Epidemiología como ciencia de la información en uno de los ejes de la salud Colectiva; en la facultad de Medicina de la USP, hay una diversidad de quehaceres, que van desde proyectos más clásicos de investigación sobre inequidad en salud, hasta los de producción teórica como los de Ricardo Ayres; el fortalecimiento de una visión crítica en el trabajo del área de epidemiología que impulsan Marilissa Berti y otros en la Universidad de Campinas; ya mencionamos la tarea trascendente de Lia Giraldo y la Fundación Oswaldo Cruz de Pernambuco; en la Escuela Nacional de Salud Pública, David Castiel trabaja, aportes fundamentales acerca de la relación social biológico y la integración de las ciencias básicas en la nueva epidemiología; en la ciudad de Pelotas el grupo de Cesar Vitoria, Fernando Barros y Patrick Vaughan han desarrollado un robusto programa de investigación de diferencia-

les o lo que ellos han definido como “epidemiología de la desigualdad”⁶³ y Augusto Faccini se halla terminando el programa “Pacotaps” como instrumento computacional para el análisis de la demanda, las condiciones de oferta básica y las prioridades derivadas⁶⁴; en São Paulo Francisco Lacaz y otros investigadores de la Fundación Unitrabalho ofrecen contribuciones para un desarrollo de una epidemiología participativa; también en Campinas el grupo de Salud colectiva, Epidemiología y Actividad Física con Aguinaldo Gonçalves y otros empujan una visión diferente de ese gran protector epidemiológico que es el deporte y lo lúdico. En fin, son apenas pocos ejemplos de una amplia tarea, y como diría mi pueblo: “aquí hay mucha tela para cortar”.

Y no podría cerrar esta visión panorámica de la epidemiología crítica brasileña sin un expreso y cálido reconocimiento al grupo de compañeros de la Facultad de Medicina de la UNESP en Botucatu, coordinados por Luiz Roberto Oliveira, que realizaron una impecable versión portuguesa de mi libro “Epidemiología: Economía, Política e Saúde” y que persisten en su línea de investigación y educación superior contrahegemónicas.

Claro que como en todas partes queda mucho más por hacer, pero lo importante es que se ha marcado un camino emancipador y se mantiene una línea de acción levantada con tanto esfuerzo por varias generaciones de epidemiólogos creadores, soñadores y batalladores. Hay mucha diversidad y material para una convergencia progresista - no una triangulación funcionalista - de las experiencias de quienes trabajan en

las distintas problemáticas y con herramientas diferentes.

El mejor antídoto para la teoría del desencanto es el trabajo esperanzado por una sociedad humano-popular para nuestras hijas e hijos.

Miro en este momento, desde este punto hacia atrás y nos veo en los años 70, comenzando con propuestas balbuceantes, muchas inconsistencias y sólo armados con una mínima claridad sobre el compromiso de una epidemiología por la vida. La pregunta ahora es: ¿Hemos logrado consolidar en estas dos décadas una ciencia y una práctica contrahegemónicas? Y la respuesta depende de la perspectiva desde la que nos situemos. Yo prefiero afirmar en este acto solemne, que sí hemos logrado dar pasos importantes; y proponer a este congreso, a tantas amistades respetadas, que redoblemos nuestro primigenio propósito de forjar una Epidemiología Crítica, donde se unifiquen lo académico y lo popular en un solo movimiento, una epidemiología con la que se puedan identificar tanto los profesores progresistas como los compañeros sin tierra, como las colectividades urbanas, los operarios de la manufactura, las mujeres, los negros e indios, los ecologistas y, en fin, todos los que trabajan por una sociedad donde adquiera primacía el bien común. Pero por eso mismo tendrá que ser cada vez más una epidemiología con letras mayúsculas, que se revista de toda la rigurosidad de la ciencia y de todo el horizonte de visibilidad de los saberes del pueblo. Tenemos que seguir efectivamente labrando una Epidemiología Contrahegemónica.

Referencias

1. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo:Perspectiva; 1995. p. 257.
2. Cohen B. *Revolution in science*. Cambridge: Harvard University Press; 1985.
3. Foucault M. *Las palabras y las cosas*. México(DF): Siglo XXI; 1978.
4. Moreno A. *El aro y la trama: episteme, modernidad y pueblo*. 2. ed. Caracas: Ediciones del Centro de Investigaciones Populares; 1995. p. 567
5. Bachelard G. *La formación del espíritu científico*. 9. ed. México(DF): Siglo XXI; 1981.
6. Vieira Pinto A. *Ciência e existência: problemas filosóficos da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.

7. Zavaleta R. Clase y conocimiento. *Rev Hist Soc* 1975; 7(3/8): 4-5.
8. Morín E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1996. p.336.
9. Bernal J. *La ciencia en nuestro tiempo*. 2.ed. México(DF): Editorial Nueva Imagen; 1979.
10. Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Hucitec/UNESP; 1991.
11. McCanney M. *O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1993.
12. Rose S. *Racismo científico e ideologia: el fraude del IQ, desde Galton hasta Jensen en economía política de la ciencia*. México (DF): Nueva Imagen; 1979.
13. Breilh J. La ciencia ecuatoriana de fin de siglo. [Ponencia al Encuentro de las Academias Nacionales de Ciencias; 1997; Quito].
14. Price DJ de S. *Little science, big science*. New York: Columbia University Press; 1963.
15. Gould S. *La falsa medida del hombre*. Barcelona: Antoni Bosch Editor; 1984. p.4.
16. Sabroza P, Toledo L, Osanai C. A organização do espaço e os processos endêmico-epidêmicos. In: Leal MC et al., organizadores. *Saúde, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec-ABRASCO; 1992. v.2, p. 57-77.
17. Breilh J. Deterioro de la vida en el neoliberalismo: el desconcierto de la salud en América Latina. *Rev Ecuador Debate* 1992; 26: 143-66.
18. Breilh J. Reforma: democracia profunda, no retroceso neoliberal. In: CEAS. *Reforma en salud: lo privado o lo solidario*. Quito: Ediciones CEAS; 1997.
19. Townsend P, Davidson N. *The Black Report*. London: Penguin Books; 1992.
20. Whitehead M. *The health divide*. rev. updated. London: Penguin Books; 1992.
21. Waitzkin H. La crisis del modelo de salud en USA. [Conferencia apresentada en el Congreso Nacional de la República; 1995 Nov; Quito].
22. Himmelstein D, Woolhandler S. *The National Health Program Chartbook*. Cambridge: Center for National Health Program Studies; 1992.
23. Economic Policy Institute. [on line]. Hipervinculo. available from <http://epn.org/epi/epib112.html> [1996 October]
24. American Hospital Association. *Reality check: Public perceptions of health and hospitals*. Chicago: American Hospital Association; 1997.
25. Expanded Program on Immunization of the Russian Federation. *Wkly Epidemiol Rec* 1995; 68:134-7.
26. Bodrova V. *Welfare policies and economic adjustment: Affected groups: Life expectancy*. Moscow: Russian Center for Public Opinion and Market Reserch; 1996.
27. CEAS. *Mujer, trabajo y salud*. Quito: Ediciones CEAS; 1994.
28. Cabello F, Springer A. Fiebre tifoidea en Chile 1977-1990: una enfermedad emergente. *Rev Med Chile* 1997; 125: 474-82.
29. Cabello F, Springer A. Enfermedades emergentes, antiguas y nuevas: aspectos ecológicos y climáticos, e influencias culturales y socio-económicas. *Rev Med Chile* 1997; 125: 74-84.
30. Santos M. *A Natureza do espaço*. Sao Paulo: Hucitec; 1997.
31. Arroyo M. Globalización, región y territorio. In: *Memorias de los Coloquios del CINDES*; 1997 Jul.
32. Moreano A. La expropiación de la esperanza. *Hoy*, Quito 1995 Dic.
33. Breilh J. *Caracterización general de las tendencias de la reforma: el escenario donde se pugna por la atención gerenciada*. Albuquerque: Proyecto de Investigación Comparada sobre al Reforma en Salud (Componente Ecuador); 1998.
34. Fernández J. *The political economy of institutional reforms in Latin America: the health, social security and education reform in Uruguay*. Montevideo: CIESU; 1997.
35. Petras J. El capitalismo europeo y el estadounidense: la elección entre bajos salarios y desempleo. [online]. <http://www.brecha.com.uy/numeros/n600/lupa.html>. [1998 Sept 4].
36. Hinkelammert F. *Los derechos humanos en la globalización*. San José: Ediciones DEI; 1997.
37. Solórzano A. *¿Fiebre dorada o fiebre amarilla? La Fundación Rockefeller en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1997.
38. Nietzsche F. *Obras completas*. Moscú: Ediciones Progreso; 1910. p. 298.
39. Arruda EL de. *Max Weber, direito e modernidade*. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 1996. Por que Weber?
40. Adorno T. *Dialéctica negativa*. Madrid: Taurus Humanidades; 1992.
41. Breilh J. Democracia profunda: mirada militante de una construcción política alternativa. *Espacios* 1995; 1(5/6): 43-56.
42. Echeverría B. La transición histórica. *Espacios* 1994; 1(3): 115-20.
43. Guédez V. *Gerencia, cultura y educación*. Caracas: Tropykos; 1996.

44. Bunge M. *Causalidad: el principio de causalidad en la ciencia moderna*. 3.ed. Buenos Aires: Editorial Universitaria; 1972. p.403.
45. Landaeta R. Crítica a la filosofía de la calidad total. [Ponencia a las Jornadas del X Aniversario de la Maestría de Práctica Social y Salud; 1997 Febr.
46. Hinkelammert F. *Cultura de la esperanza y sociedad sin exclusión*. San José: Ediciones DEI; 1997.
47. Pizzorno A. *Sobre el método de Gramsci*. México (DF): Ediciones Pasado y Presente; 1982.
48. Thorpe W. El reduccionismo en la biología. In: Ayala, Dobzhansky, editores. *Estudios sobre la filosofía de la biología*. Barcelona: Ariel; 1974. p.156-7.
49. Giraldo L, Rocha S, Ruiz M, De Souza C. Micronucleus monitoring to asses human occupational exposure to organochlorides. *Environ Mol Mutag* 1997; 29: 46-52.
50. Breilh J. La epidemiología en la humanización de la vida, convergencias y desencuentros e las corrientes. In: *Resumos do 3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1995 abr 24-28; Salvador. Resumo 07, p. 408.
51. Franco S, Everardo N, Laurell C, Breilh J et al. *Debates en medicina social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 92).
52. Barata R. Epidemiologia: teoría e método. [Apresentado ao 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas (Br)].
53. Barata R. Epidemiología e saber científico. [Apresentado ao 3º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1995 abr 24-28; Salvador (Br)]
54. Almeida Filho N. *Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1989.
55. Almeida Filho N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE/ABRASCO; 1992.
56. Almeida Filho N. El determinante epidemiológico: apuntes sobre el concepto de condiciones de vida com o determinante de riesgo. [Ponencia a la Reunión sobre Diferencias de Salud Según Condiciones de Vida, 1992; Belo Horizonte/Br]
57. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva. Uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 299-316.
58. Ayres RCM. Elementos históricos e filosóficos para a crítica da epidemiologia. *Rev Saúde Pública* 1993; 27: 135-44.
59. Ayres RCM. *Sobre o risco*. São Paulo: Hucitec; 1997.
60. Ayres RCM. *A epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde: a crítica da razão instrumental na constituição histórica da ciência epidemiológica*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 1991. p.53.
61. Ruffino Netto A, Pereira J. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro. *Saude Debate* 1981; (12): 27-34.
62. Sampaio J. *Epidemiologia da imprecisão*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
63. Victora C, Barros F, Vaughan P. *Epidemiología de la desigualdad: un estudio longitudinal de 6.000 niños brasileños*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1992. (Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, 27).
64. Faccini A, Tomasi E, Osório A. *PACOTAPS: epidemiologia nos serviços de saúde*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1998.