

El contenido de esta obra es una contribución del autor al repositorio digital de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, por tanto el autor tiene exclusiva responsabilidad sobre el mismo y no necesariamente refleja los puntos de vista de la UASB.

Este trabajo se almacena bajo una licencia de distribución no exclusiva otorgada por el autor al repositorio, y con licencia Creative Commons – Reconocimiento de créditos-No comercial-Sin obras derivadas 3.0 Ecuador



Lo etnocultural en la determinación de la salud
Entrevista con Jaime Breilh (realizada por Ylonka Tillería)

Jaime Breilh

2010

Artículo publicado en: *Revista Anaconda Internacional*, 25 (4) (abril 2010): 19-23.

AINAACONDA

CULTURA Y ARTE



www.revistaanaconda.com

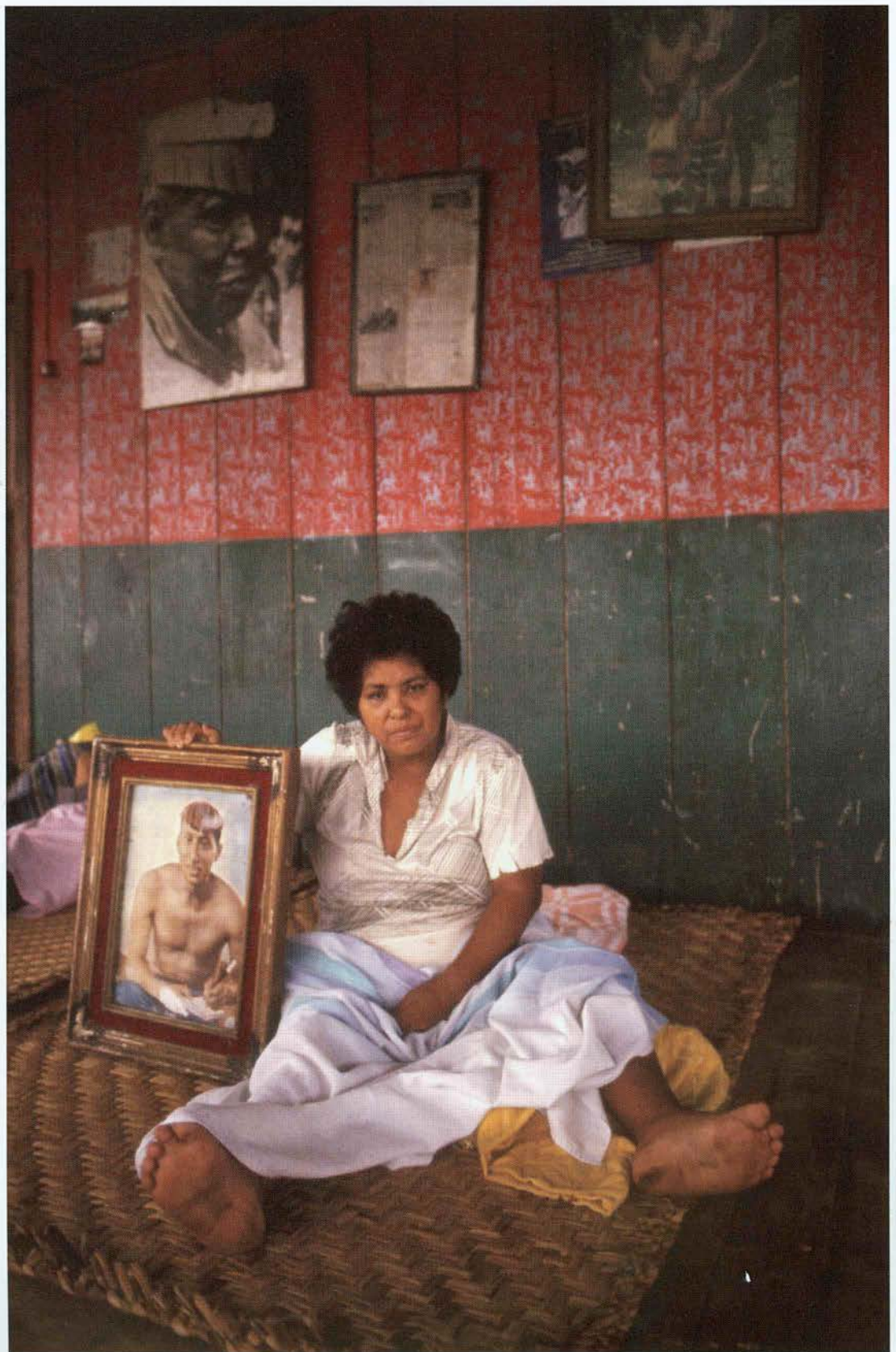
Reflexiones en torno a la historia crítica, la memoria y el patrimonio

El malestar de la crítica de arte

Y el Oscar va para... el ejército de los Estados Unidos

25

REVISTA
INTERNACIONAL
BIMESTRAL



Eduardo Quintana

Paciente de la "Dinastía Calazacón", conocidos curanderos tsáchilas.

MÚSICA

PLÁSTICA

CULTURA

SECCIONES

Carta de la Editora :: *Crítica y reflexión* :: **7**

Buzón :: **8**

Palabras Mayores :: Reflexiones en torno a la Historia crítica, la memoria y el patrimonio
:: *Mireya Salgado Gómez* :: **10**

Dentro del cuadro :: La gran odalisca
:: *Yeidy Luz Rosa Ortiz* :: **42**

Comer es un placer :: Memoria del maíz
:: *Julio Pazos* :: **84**



Lo etnocultural en la determinación de la salud
:: *Jaime Breilh* :: **18**

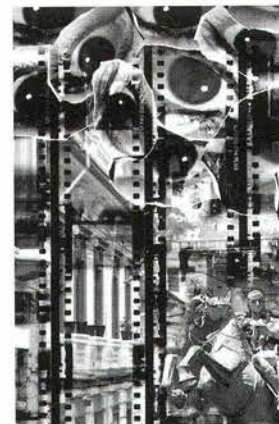
La mama papa :: *Solanja Altamirano* :: **24**



El malestar de la crítica de arte
:: *Carlos Rojas Reyes* :: **28**

La doble y única obra: "Pretextos de la realidad" y "El mito y lo efímero"
:: *David Guzmán* :: **34**

Cortocircuitos en la animación cultural
:: *Antonio Jaramillo* :: **36**



Sobre la formación musical en Ecuador
:: *César Santos Tejada* :: **44**

Rock en Ecuador :: *James Petersen* :: **50**



La crítica de la novela ecuatoriana
en la primera mitad del siglo XX

:: Martha Rodríguez Albán :: 54

Los clásicos de la literatura en el ciberespacio

:: Pablo Escandón :: 58



Rabia, la última película
de Sebastián Cordero :: Entrevista :: 64

Alicia en el país de las maravillas
(Una adaptación del nuevo siglo)

:: María José Calderón :: 68

El milagro de Mandela

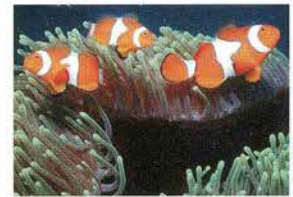
:: Franklin Briones Alcívar :: 70

¿Por qué la Academia premió a *Hurt Locker* y no
a *Avatar*? Y el Oscar va para...el ejército de los
Estados Unidos :: Gerardo Merino :: 74



La Gran Barrera Coralina de Australia

:: Renato Ortega Luère :: 78



REVISTA INTERNACIONAL
ANACONDA
CULTURA Y ARTE

Agradecemos a las siguientes empresas e instituciones que, colocando sus anuncios en esta revista, apoyan al desarrollo cultural y artístico del Ecuador:



Lo etnocultural en la determinación de la salud

Entrevista con Jaime Breilh

Ylonka Tillería

Comunicadora social, UCE. Magíster en Estudios de la Cultura, UASB. Estudiante del Doctorado de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

Jaime Breilh es médico investigador y docente de la Universidad Andina Simón Bolívar. Desde el campo de la salud colectiva y de la epidemiología crítica, nos ofrece una explicación de cómo lo racial y lo étnico hacen parte de un complejo proceso de movimientos sociales e históricos que actúan en la determinación de la vida y la salud. “La determinación social de la vida no se da como una imposición mecánica de lo social sobre lo natural y biológico, sino que constituye un movimiento dialéctico donde el mundo biológico tiene sus propios espacios y órdenes, que sin embargo se desarrollan subsumidos en lo social. Cuando decimos subsumidos, queremos decir que conservan sus propios movimientos pero se transforman sujetos a condicionamientos fundamentales de lo social”, sostiene el investigador, a quien entrevistamos.



En esa determinación social de la salud y en los modos de vivir, ¿qué peso tiene lo etnocultural? Lo etnocultural forma parte de la matriz de poder y construcción subjetiva de la sociedad. Lo etnocultural tiene un pie puesto en la configuración racial y otro en la cultura. Viene a ser a la raza lo que el género al sexo. En este caso, el sexo y la sexualidad son una expresión vista desde la naturaleza, mientras

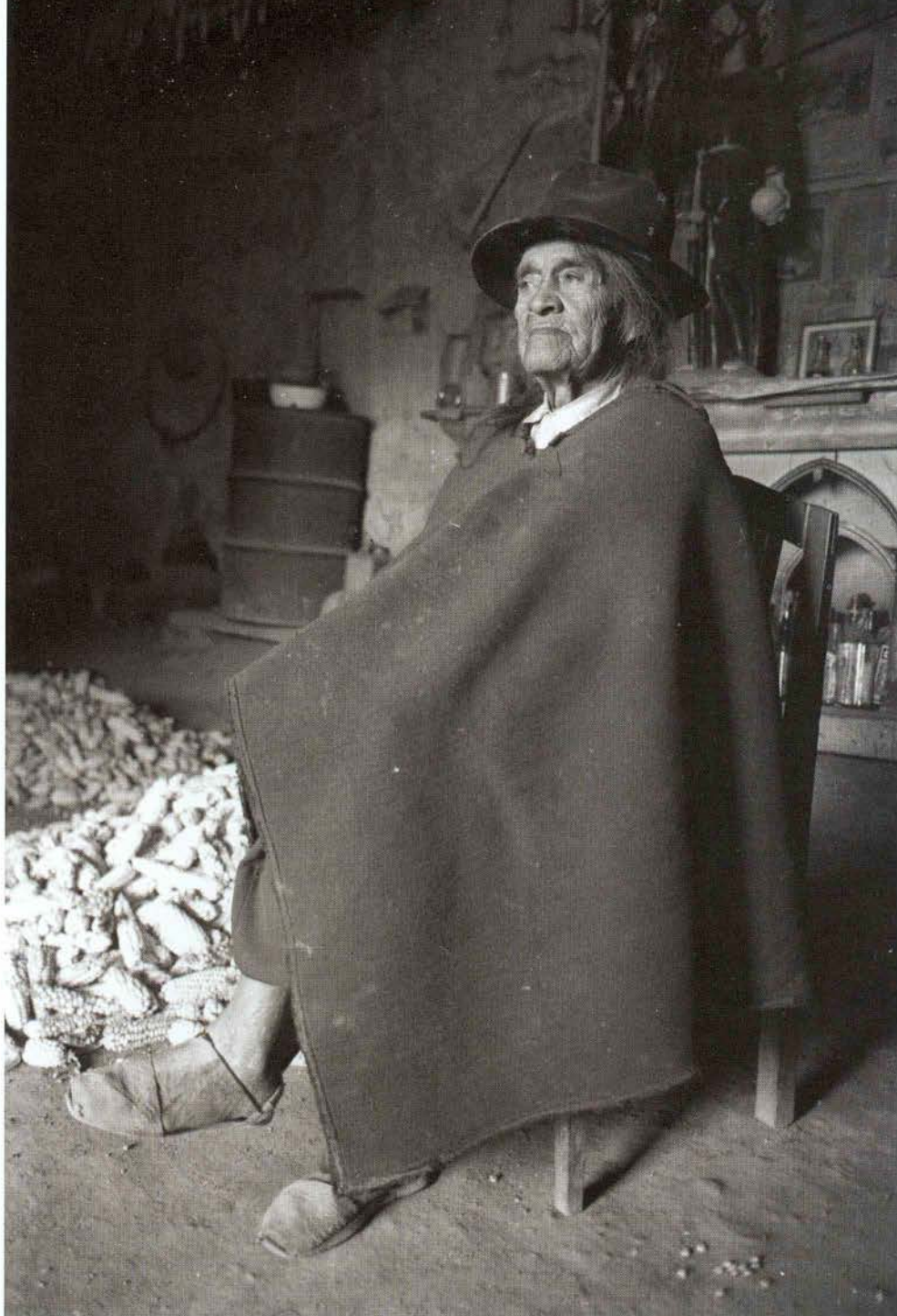
que el género está visto desde las relaciones de poder y las relaciones culturales. Así mismo, la raza es vista desde lo natural que nos configura, aunque lo natural tenga un condicionamiento histórico-social también. Mientras que lo etnocultural, en cambio, es visto desde las relaciones de poder y cultura que se tejen alrededor de nuestras características raciales.

La etnocultura, entonces, no se da como fenómeno al vacío sino que está ligada a una matriz de relaciones sociales, cruzada por la condición de clase que determina los accesos, las disponibilidades y las carencias materiales, pero que también marca las relaciones culturales. Así, lo etnocultural se construye en esa interfase entre lo biológico y lo social, entre la naturaleza y la sociedad, y participa en la generación de condiciones que llevan a ciertos modos de enfermar y de morir, así como a prácticas y actitudes ante la salud.

Desde la visión biologicista de la salud, raza y etnia han construido el imaginario de la pobreza. Por supuesto, porque desde esa perspectiva, muchas veces reproducida por el aparato comunicacional, se generan constructos culturales, visiones, imaginarios, autoafirmaciones y también construcciones de la intersubjetividad, de las relaciones entre los distintos sujetos que están cruzadas por elementos raciales y etnoculturales. Es interesante ver cómo siempre estas cosas se entrecruzan. Qué si no son los contrastes entre un extrovertido negro dominicano, formado en el trópico caribeño, comparado con un afroecuatoriano crecido en el Chota andino, más introspectivo y melancólico; son producto de construcciones socioambientales muy diferentes. Dos configuraciones histórico - sociales diferentes, pero la misma configuración racial. Por eso, es un error separar las cosas de manera absoluta, aunque debemos estar claros en que no todos estos procesos tienen el mismo peso en la determinación de la salud; hay ciertos procesos estructurales más complejos que subsumen a los de menor complejidad. Lo más complejo es lo social y subsume los fenómenos raciales y biológicos.

Desde la epidemiología crítica, ¿se habla de mestizaje o de interculturalidad? Mestizaje tiene que ver con un énfasis en lo racial. De hecho, el mestizaje participa en la construcción de imaginarios de lo cultural, subjetividades y la potencialidad de relaciones con otras culturas, pero el fenómeno más determinante, porque tiene mayor peso, es la interculturalidad; ésta tiene que ver con los encuentros, desencuentros, negociaciones, conflictos de este movimiento de culturas que se miran, se confrontan. De tal manera que frente a un mismo desafío social histórico tienen que aprender a entenderse, mirarse o también a rechazarse. La interculturalidad es una categoría mucho más amplia, más comprehensiva.

La desigualdad e inequidad en salud se ha dado o alimentado, entre otros motivos, por la condición étnico-racial, lo que constituye una barrera para construir políticas de salud en el país. ¿Cómo trabajar esto desde la epidemiología crítica? Es necesario hacer una relectura o análisis más cuidadoso de ciertas categorías que son poderosas para el análisis social pero que, desde el paradigma del empirismo, pueden perder todo su potencial interpretativo; son: diferencia, desigualdad e inequidad. Las hemos enfocado desde la epidemiología crítica para estudiar los profundos contrastes que observamos en el disfrute de la salud y los derechos que de ésta se derivan. Entre esas categorías hay una relación



Eduardo Quintana

“Yachac Taita Marcos Guerrero”, 1998, Ilumán, Imbabura, Ecuador.

íntima pero corresponden a niveles explicativos distintos. La **inequidad** expresa una relación social, una ubicación en la matriz de poder y su concentración, mientras que la **desigualdad** es una expresión empírica de la inequidad. Hay desigualdades, por ejemplo, en el acceso a bienes y servicios.

Lo fundamental es comprender que unas clases sociales concentran poder y al hacerlo definen sus modos de vida y a la vez contribuyen a marcar los modos de vida de los grupos subordinados. En esa relación aparecen las desigualdades materiales, de salario, de cuota económica, como también las desigualdades en la opción cultural y



© Zhanliangxun / Dreamstime

Una joven doctora en medicina tradicional almacena hierbas en un dispensario en China.

de poder político. Por otro lado, las **diferencias** tienen que ver con las diversidades de varios tipos que existen en mundo humano y natural. La diversidad, al desarrollarse en un mundo de inequidad, lamentablemente se convierte en un problema. Porque lo diverso culturalmente, si es que hay inequidad, implica el hecho malsano de que unas culturas pasen a ser subordinadas. El análisis de lo etnocultural hay que insertarlo en el mundo social concreto, con su inequidad y desigualdades, para no caer en un relativismo cultural, en el que cada cultura es un mundo y por lo tanto es relativa a sus propias definiciones, como que estuviera en un vacío histórico donde no hay relaciones de poder.

Sin embargo, hablar de interculturalidad no es solamente incorporar al sistema tradicional ciertas prácticas de los saberes ancestrales de nuestros pueblos. ¿Qué opina al respecto? El problema es que en la sociedad capitalista, determinada por relaciones mercantiles, muchas veces se invisibilizan ciertos elementos o facetas de la realidad para construir una visión hegemónica. Se visibiliza

aquello que sirve para construir un imaginario o patrones de acción convenientes al sistema imperante y esto se hace, lamentablemente, con aceptación plena del sometido; ese fue el gran descubrimiento de Gramsci. En salud, la visión hegemónica de la interculturalidad determina: la institucionalidad oficial acepta el “valor” de las terapias ancestrales, las asume, pero las inscribe y subordina a la lógica dominante que está muy influida por el modelo biomédico alopático. Y entonces vivimos la contradicción de que celebramos la incorporación de estas terapias alternativas, pero no nos percatamos de que su modo de incorporación las limita y desnaturaliza. La burocratización de los procesos, su institucionalización errada, han hecho que la llamada interculturalidad de la salud tenga un carácter polémico, conflictivo.

Sin embargo no hay que negar los avances, que pueden ser importantes, pero que no pueden terminar convirtiendo lo alternativo en un apéndice menor de los servicios de salud alopáticos; una pequeña esquinita donde se hace también salud indígena, por ejemplo, sino que esos avances tienen que implicar la capacidad de la cultura indígena de permear las decisiones políticas y las estructuras de poder, de incorporar su imaginario, sus concepciones sobre el buen vivir saludable como un elemento de peso en la determinación de las políticas y programas públicos de varios sectores. La interculturalidad en salud significa que tenemos que mirar con mucho respeto y con validez histórica aspectos del modelo civilizatorio indígena, que lo estamos necesitando para salir del atolladero. El modelo civilizatorio actual e imperante tiene mucho que aprender del *sumak kawsay* indígena. No todo es válido en éste, porque no hay que idealizar, pero sí hay que recuperar con proyección actual la histórica comunitaria que es la negación del egoísmo capitalista.

La nueva Constitución presenta una visión amplia e intercultural en materia de salud, pero ¿cómo hacer que esto tenga una respuesta efectiva en políticas de salud para todos y todas? ¿Cómo poner en práctica ese *sumak kawsay*? Esta es la pregunta más complicada. Se conjugan algunos desafíos. Uno de ellos es la interdisciplinariedad e incorporar lo jurídico y lo legal en la lucha por la salud. Estamos aprendiendo mucho de las nociones de justiciabilidad y exigibilidad que explican las ciencias jurídicas. Entonces, aquello que está escrito en la Constitución, lo que hace es abrir una perspectiva hacia ese nuevo modelo civilizatorio que tiene que reflejarse y garantizarse como un conjunto de elementos del derecho a la salud integral; un derecho que no se reduce al acceso a los servicios curativos sino que presupone e implica la vigencia de todos los derechos fundamentales que garantizan la vida. Esa es una herramienta de lucha, pero si no hay un pueblo organizado y consciente de sus intereses estratégicos y de su papel en la construcción de un nuevo modelo de vida, entonces nada va a cambiar. Los cambios nunca se han hecho desde arriba.

Aquí juegan un papel fundamental también las universidades, porque si tienen unos recursos académicos alertas y críticos pueden apoyar en la construcción de ideas fuertes para las colectividades. De esa articulación pueden surgir movilizaciones que tengan tres condiciones indispensables para el cambio, como lo ha explicado el planificador Carlos Matus: primero, un proyecto político claro; si no lo tienes, te pierdes en el camino. Segundo, una capacidad de incidencia de convocatoria y consenso, manejando la articulación de intereses democráticos e ideologías emancipadoras; y tercero, la capacidad técnica. Si uno de estos elementos falta, cojea la propuesta. ➤