

Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur global

Research on public health in Latin America. Reflections from the global South

As investigações de saúde pública na Latino américa. Reflexões desde o Sul global

Susana Ramírez-Hita¹

¹ Doctora en Antropología Social y Cultural, con especialidad en Antropología de la Medicina. Universidad Rovira i Virgili. España. susanaramirez@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3901-1247>

Recibido: 11/11/2017. Aprobado: 23/01/2019. Publicado: 24/02/2019

Ramírez-Hita S. Las investigaciones de salud pública en Latinoamérica. Reflexiones desde el Sur global. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2019;37(1):106-113. doi:10.17533/udea.rfnsp.v37n1a15

Resumen

Este artículo es un ensayo reflexivo sobre las investigaciones de salud pública en Latinoamérica, como resultado de la intervención del mercado en la forma de hacer investigación. En este sentido, los conflictos de interés global, generados por las empresas farmacéuticas, agroindustriales y extractivas, influyen en la homogeneización de las investigaciones que se realizan en el campo de la salud. De esta manera, la educación médica, los artículos científicos y el *marketing* sirven para insertar y estandarizar los formatos investigativos. Asimismo, los tratados de libre comercio aparecen como una de las

estrategias de la ideología global, que intervienen en el qué, el por qué y el cómo se investiga. Estas estrategias tienden a anular el pensamiento crítico, necesario para tratar aspectos ausentes en la mayoría de investigaciones de salud pública, como es la influencia de la contaminación ambiental en la salud humana, uno de los problemas más preocupantes en los pueblos latinoamericanos.

-----*Palabras clave:* Salud pública, investigación, mercadeo, industria farmacéutica, publicaciones científicas y técnicas, contaminantes ambientales, ética en la investigación.

Abstract

This paper is a reflexive essay on public health research in Latin America, which is a result of the market's intervention in the manner in which research is conducted. In this regard, global conflicts of interest -caused by pharmaceutical, agroindustrial and extraction companies- influence the homogenization of the research conducted in the field of health. This is how medical education, scientific papers and marketing are useful for inserting and standardizing research formats. Likewise, free trade agreements appear as one of the strategies of the global

ideology influencing the object of research, the reasons behind it and how it is conducted. These strategies tend to nullify critical thinking, which is necessary for discussing aspects that are absent from most studies on public health. An example of this would be the influence of environmental pollution on human health, one of the most concerning issues for the Latin American population.

-----*Keywords:* public health, research, marketing, pharmaceutical industry, scientific and technical publications, environmental pollutants, research ethics

Resumo

Este artigo é um ensaio cogitativo concernente com as investigações da saúde pública na Latino América, como resultante da intervenção do mercado no jeito de fazer investigação. Neste sentido, os conflitos de interesse globalizado, gerados pelos laboratórios farmacêuticos, agroindustriais e extrativos, influem na homogeneização das investigações que se realizam no campo da saúde. Desta maneira, a educação médica, os artigos científicos e o marketing servem para inserir e padronizar os miolos investigativos. Assim mesmo, os tratados de livre comércio

aparecem como uma das estratégias da ideologia globalizada, que intervém no quê, ou por qué e o como se investiga. Estas estratégias tendem a anular o pensamento da criticidade, quesito para tratar aspectos sumidos na maioria das pesquisas da saúde pública, como é a influência da poluição ambiental na saúde das pessoas, um dos atrapalhos mais preocupantes nos povos latino-americanos.

-----Palavras chave: Saúde pública, investigação, marketing, indústria farmacêutica, publicações científicas e técnicas, poluentes ambientais, ética na investigação.

La homogeneización de la investigación

Este artículo es un ensayo reflexivo en torno a la influencia, cada vez mayor, del mercado en la forma de hacer investigación en salud pública, circunstancia que sitúa a las investigaciones como mercancías más que como necesidades sociales. Es a partir de las investigaciones antropológicas que he efectuado en diversos países de Latinoamérica sobre las condiciones de salud de distintas poblaciones [1-5] y mediante el uso de fuentes secundarias, desde donde planteo reflexionar sobre cómo se hace investigación en la salud pública y los retos que tenemos por delante.

Uno de los mayores desafíos al que nos enfrentamos los investigadores en la actualidad es el de lidiar con los conflictos de intereses que se suscitan no solo a nivel global, sino también local. Se trata de intereses económico-políticos, generados en buena parte por las grandes corporaciones vinculadas al campo de la salud, que a su vez están más fuertemente relacionadas con el agronegocio y el extractivismo (fundamentalmente extracción minera e hidrocarburífera). Estas corporaciones tienden a influenciar no solo parte de la agenda de investigación en el campo de la salud pública, sino además las investigaciones referidas a la seguridad alimentaria. Entre estas entidades se encuentran la Fundación Rockefeller, la Fundación Ford, la Fundación Bill & Melinda Gates, Bayer, Monsanto Company, etc. Para proteger sus intereses, estas organizaciones necesitan ciertas estrategias dirigidas a minimizar los hallazgos que destaquen consecuencias negativas para la salud, como es el caso de no informar debidamente a la población de la alta proporción de agrotóxicos y antibióticos introducidos en la cadena de producción alimentaria [6-10]; o que las vacunas multidosis, que se siguen administrando en ciertos países latinoamericanos, contienen timerosal, un preservante y antiséptico compuesto por un 49,6 % de etilmercurio (una forma de mercurio (Hg) orgánico). En numerosos estudios se asocia la toxicidad del timerosal

a enfermedades del neurodesarrollo infantil, como es el caso del autismo [11].

En septiembre de 2016, la multinacional Bayer anunció la fusión prevista con la compañía Monsanto, la cual estaba hasta 1997 centrada en la fabricación de productos agrícolas, farmacéuticos, de nutrición y químicos. Actualmente, Monsanto, tras sucesivas fusiones, se concentra en dos ejes fundamentales, “semillas y genómica”, que incluye semillas transgénicas y agrotóxicos —cuyo herbicida más cuestionado es el glifosato (demostrado por varios estudios su toxicidad para la salud humana, animal y ambiental [8])—, y el segmento de “Productividad agrícola” [12].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) no es ajena a la influencia de estas compañías, ya que su financiación proviene, en su mayor parte, de entidades privadas, y uno de sus contribuyentes más generosos es la Fundación Bill & Melinda Gates, la cual, junto a la Fundación Rockefeller, introdujo las semillas transgénicas en África, mediante el proyecto Alianza por la Revolución Verde. Estas mismas organizaciones “filantrópicas” representan los intereses de grandes corporaciones transnacionales relacionadas con la producción y la comercialización de agrotóxicos, vacunas y todo tipo de productos farmacéuticos [6,9,10]. Lo destacable de esta concentración de poderes es el importante rol que desempeñan sus integrantes en la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, aprobada por Naciones Unidas [13]. Estas organizaciones no solo influyen las políticas gubernamentales, sino que también definen las agendas, las prioridades y los presupuestos en distintos campos, entre ellos, el investigativo [6].

Esta concentración supone que, en muchas ocasiones, los estudios que se efectúan en el campo de la salud pública den como resultado *investigaciones prediseñadas*, en las que se pretende que los resultados coincidan con los “hallazgos” previamente decididos. De esta forma se definen, por ejemplo, las vacunas obligatorias que un país debe suministrar a su población, o los fármacos que deben ser utilizados

para una enfermedad concreta, como el caso de los antirretrovirales para la enfermedad del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) [5,11].

Si bien este es un hecho que se da en todo el mundo, es en los países del Sur donde los investigadores tienen menos posibilidades de efectuar investigaciones alternativas al sistema impuesto por los organismos globales. Gran parte de la financiación de investigaciones en el campo de la salud pública, inclusive la que manejan las universidades (públicas y privadas), proviene en muchas ocasiones de industrias biotecnológicas, farmacéuticas, o de organismos como la OMS, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control, CDC) —del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA)—, etc. Numerosos estudios son efectuados mediante protocolos diseñados por estos organismos. Generalmente, estas entidades crean formatos preestablecidos que homogeneizan el proceso investigativo, desde el diseño, la recogida de los datos y el modo de analizarlos. Uno de los ejemplos lo encontramos en las investigaciones de salud pública que se vienen realizando sobre la problemática de VIH/sida en Latinoamérica, estudios cuya finalidad es contribuir con datos a los informes mundiales de ONUSIDA, entre otros organismos. De esta manera, se tiende a crear investigadores pasivos, sujetos a formatos preestablecidos, contruidos fuera de las fronteras latinoamericanas [5,14].

Según estos organismos, la respuesta ante cualquier enfermedad ha de ser global, y ello implica la homogeneización de los sujetos sociales y de los grupos socioculturales frente a cualquier patología, ya sea el sida, el cáncer o el Chagas. En el caso de los medicamentos, una vez realizados los ensayos clínicos, se estandarizan, ya que se asume que una patología afecta de la misma manera a sujetos de África, Asia o Latinoamérica. El tratamiento, por tanto, es el mismo y se formaliza en protocolos médicos. Esta circunstancia lleva no solo a la estandarización del tratamiento de una enfermedad, sino que supone también estandarizar el modo de hacer investigación sobre esa misma enfermedad.

Estrategias de homogeneización: educación, artículos científicos y *marketing*

Una de las estrategias del sistema político-económico dominante es la de conseguir que los países del Sur acepten las medidas diseñadas, con el menor cuestionamiento posible, de aquello que proviene del Norte. En los países latinoamericanos, los parámetros investigativos en el ámbito de la salud pública vienen generalmente predeterminados y así se aceptan, de la

misma manera que ocurre con los protocolos diseñados para el tratamiento de diversas patologías. Este es uno de los grandes problemas al que nos enfrentamos: la falta de espacio para el pensamiento crítico, que conduce a la subordinación de lo que llega del exterior, considerado en muchos casos como “más científico”.

Se otorga una excesiva credibilidad a los organismos globales, liderados supuestamente por criterios estrictamente científicos, pero que en muchas ocasiones están al servicio de la industria farmacéutica y la agroindustrial, en donde la objetividad científica queda solapada por los intereses económico-políticos e ideológicos, relacionados con una única forma de ver y entender el mundo, ligada, a su vez, a los criterios de mercado, con el objetivo primordial de aumentar las ganancias económicas y la concentración de poder.

Para que los protocolos contruidos por las grandes corporaciones que lideran la salud a nivel mundial se inserten en los gobiernos locales sin resistencias, han sido necesarias determinadas estrategias: 1) la educativa, 2) la correspondiente a los artículos científicos y 3) la del *marketing*.

1. Ya desde los años veinte del siglo pasado, la Fundación Rockefeller, en sus proyectos en Latinoamérica, se centraba en la educación médica como una de sus estrategias. De hecho, esta Fundación formó dieciocho escuelas de Medicina en catorce países. La influencia de Estados Unidos en América Latina se vio reforzada por un gran número de becas de estudio en Salud Pública y Medicina, ofrecidas por agencias estadounidenses públicas y privadas, que aseguraban la introducción del modelo médico hegemónico [15], a través de la formación de los médicos nativos, como relata el historiador Marcos Cueto [16-18].

Al mismo tiempo, es en los contextos locales, a través de las facultades de Medicina, donde se enseña a los alumnos a no cuestionar los criterios científicos, ni los protocolos médicos, ni tampoco las políticas de la OMS, Food and Drug Administration; CDC, etc. Por tanto, se estimula a los estudiantes a acatar sus decisiones sin cuestionarlas, solo por el hecho de que son calificadas como “científicas”.

2. Los artículos científicos son usados como estrategia de mercado por empresas biotecnológicas, farmacéuticas y agroindustriales. Una técnica, ya denunciada en la década de los noventa, “consiste en multiplicar artículos en revistas médicas y científicas europeas y norteamericanas donde se reproducen los resultados del mismo estudio pero presentándolos de modos diversos y por parte de autores diferentes” [19]. De esta forma, el laboratorio ofrece la impresión de que un número muy importante de casos y estudios confirman las ventajas de su medicamento. Asimismo, este tipo de estrategias también se usan

para reafirmar la validez de protocolos médicos e investigativos [19,20].

En abril de 2015, el editor de la revista *The Lancet* afirmaba que gran parte de la literatura científica es poco fiable: “Gran parte de la literatura científica, tal vez la mitad, puede ser simplemente falsa. Afligida por muestras pequeñas, efectos pequeños, análisis exploratorios inválidos y conflictos fragantes de interés, junto con una obsesión con perseguir las tendencias de moda de dudosa importancia, la ciencia ha dado un giro hacia la oscuridad” (Horton, editor jefe de *The Lancet*) [21].

3. Y la tercera estrategia se efectúa a través del *marketing*. “La mayor parte de los gastos de las compañías farmacéuticas son gastos de marketing que se disfrazan como gastos de investigación o de producción para poder encarecer así aún más los medicamentos” [22]. La industria incluye, en el apartado de investigación y desarrollo, los gastos que en realidad corresponden a la promoción del fármaco. Existe así, por tanto, como señala Pignarre, una pequeña “biología”, que se encarga del conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas que permiten poner a punto medicamentos, pero que se encuentra lejos de las ciencias biológicas académicas [19].

Estas tres estrategias, combinadas, se ofrecen en distintos espacios formativos, a través de conferencias, cursos, etc., e implican una penetración del modelo neoliberal, que prioriza las necesidades de las empresas farmacéuticas y agroindustriales antes que la salud humana, anteponiendo investigaciones de fármacos dirigidos a mantener la cronicidad de las enfermedades, en vez de dirigir las investigaciones hacia la cura [9]. Esta incorporación del sistema investigativo imperante en la actualidad se inserta a través de formas sutiles que ayudan a introducir los parámetros externos y globales sin resistencia.

Además, por medio de los tratados multilaterales de libre comercio, como el Trans-Pacific Partnership (TPP) y el Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP), se favorece los intereses de las grandes corporaciones transnacionales, por encima de cualquier regulación estatal que pretenda controlar precios o producir a menor costo. Si tenemos en cuenta que cerca del 60 % de las patentes farmacéuticas registradas pertenecen a empresas norteamericanas y que las compañías estadounidenses dominan el 50 % de los medicamentos más recetados [19], podemos observar que los tratados afectan no solo el acceso a los medicamentos, sobre todo en los países del Sur, sino que también influyen en la agenda de investigaciones a nivel global.

Esta situación beneficia los intereses económicos de las transnacionales y repercute en las necesidades de salud de las poblaciones. De manera que las enfermedades más características de los países del Sur seguirán siendo las que no tendrán, como hasta el momento, la atención suficiente en las investigaciones. Esto implica, además, que se sigan reproduciendo protocolos prediseñados de investigación, que llevan a anular el pensamiento crítico y a convertir a los investigadores en meros técnicos al servicio de la ideología global, ya sea en el campo de la biología, la medicina, la farmacología o los estudios de salud de ciencias sociales.

Los campos de investigación estandarizada

Las áreas investigativas más frecuentes en la salud pública en el contexto latinoamericano pueden ser agrupadas en los apartados siguientes: 1) estudios epidemiológicos, que en general son efectuados a través de metodología cuantitativa, siendo estas las investigaciones más habituales; 2) estudios enfocados a los ensayos clínicos, liderados por las distintas compañías farmacéuticas, y 3) los estudios cualitativos de salud pública, realizados con metodología cualitativa, cuya línea de trabajo usualmente se enmarca en las investigaciones de procedimiento de asesoría o evaluación rápida (*Rapid Assessment Procedures*, RAP), una línea de trabajo que concluye en producciones rápidas, bajo investigaciones prediseñadas comúnmente en el Norte para ser ejecutadas en el Sur.

1. En el caso de los *estudios epidemiológicos*, los más usuales son aquellos que se enmarcan en la epidemiología clásica, efectuada a través de metodología cuantitativa y regida por parámetros investigativos globales. Dentro de la salud pública existe una tendencia a observar y analizar los problemas de salud a partir de su cuantificación, sin prestar suficiente atención a lo que hay detrás de los números y de las estadísticas. Se parte de una identificación ilusoria entre numérico/porcentual y científico [5].

Sin embargo, en la década de los setenta del siglo xx, surgió en América Latina una corriente de pensamiento crítico, que cuestionaba la forma de hacer investigación desde la epidemiología clásica y proponía tener en cuenta la determinación social en los problemas de salud de las poblaciones y considerar las inequidades en salud como evitables e injustas [23]. Este movimiento comenzó en Brasil y ha continuado en otros países latinoamericanos,

* Traducción propia del original: “The case against science is straightforward: much of the scientific literature, perhaps half, may simply be untrue. Afflicted by studies with small sample sizes, tiny effects, invalid exploratory analyses, and flagrant conflicts of interest, together with an obsession for pursuing fashionable trends of dubious importance, science has taken a turn towards darkness”.

liderado por la medicina social y la salud colectiva, que reivindica una epidemiología crítica, vinculada a la realidad social y no a patologías aisladas de las situaciones sociales en las que se desarrollan. Además, en sus investigaciones, propone una metodología mixta y reivindica la construcción colectiva de pensamiento y de acción no solo de sociedades más sanas, sino más justas [24].

En la actualidad, existen grupos de investigación en Latinoamérica que trabajan en esta línea y que incorporan la economía política como aspecto central en sus investigaciones, enfocando la problemática ambiental como uno de los factores más preocupante que afecta la salud humana. Estos estudios evidencian los efectos negativos de los agrotóxicos en la población, ya que tienen la capacidad de dispersarse en el ambiente y acumularse en el organismo humano [25].

Los problemas más alarmantes de salud en los países del Sur están sin duda relacionados con la contaminación ambiental. “El ambiente no es una realidad natural externa al sujeto, sino una construcción humana en permanentes relaciones en transformación”. Más que “exposición a riesgos externos. Los sujetos sufren procesos de ‘imposición’ de condiciones de vida” [26].

En Latinoamérica, la contaminación de los ríos, de la tierra, del aire, está principalmente generada por la extracción minera y los continuos derrames de petróleo, que forman parte de las noticias cotidianas. Solo en el año 2016 fueron denunciados diez derrames de petróleo en distintos territorios de la Amazonía peruana. En este país, el cáncer aparece como la principal causa de muerte y se mantiene en constante aumento. En el año 2014, el número de defunciones causadas por esta enfermedad [27] ascendió a 19 360, representando el 20 % del total de fallecimientos y coincidiendo la mayor preponderancia en los departamentos de la sierra y la selva, con zonas de extracción de minerales y petróleo [28].

2. En cuanto a los *estudios referidos a los ensayos clínicos*, los fármacos tienen una larga historia, relativa no solo a los beneficios asociados, sino también a los perjuicios para la salud. En Francia, una investigación alertaba que 1 300 000 personas son hospitalizadas en el sector público a causa de los efectos indeseables ocasionados por algún fármaco y se estiman 18 000 muertes al año por esa causa. Según la OMS, se trata de la cuarta a la sexta causa de mortalidad según los países [5,19,20].

Existen numerosos ejemplos sobre el efecto negativo de los fármacos y el abuso de empresas farmacéuticas, centros de investigación y universidades, que han efectuado ensayos clínicos con el fin de analizar

la evolución de alguna enfermedad o conseguir la patente de un fármaco con fines comerciales [5,19, 22]. Uno de los casos más conocidos fue el estudio de sífilis Tuskegee, a través del cual se realizaron experimentos con población negra, reclutando 400 enfermos de sífilis y 200 individuos sanos, manteniéndolos sin tratamiento para ver la evolución de la enfermedad. El mismo Servicio de Salud Pública de Estados Unidos experimentó, en los años cuarenta, en Guatemala, inyectando sífilis y gonorrea para probar la efectividad de ciertos fármacos. En el estudio Vanderbilt, llevado a cabo por una universidad norteamericana, hacían ingerir hierro radiactivo a mujeres embarazadas para estudiar la absorción en el organismo, o el caso alemán del tranquilizante talidomina, que salió al mercado en 1957 y se estima que 12 000 niños nacieron con malformaciones, debido a que sus madres lo consumieron. En la década de los noventa destacan las investigaciones que se efectuaron en África con el medicamento Zidovudina (AZT): a través de 16 estudios se llevaron a cabo ensayos con 17 000 mujeres seropositivas, a pesar de conocer la alta toxicidad del fármaco [9,19,22,29,30].

Cada vez más, los ensayos clínicos se ejecutan a escala mundial, y a lo largo de la última década se ha incrementado en Latinoamérica el número de pacientes que se incorporan a los ensayos clínicos con medicamentos, en todas sus fases [31]. Sin embargo, los ensayos no están dirigidos a las enfermedades más preocupantes de los países periféricos. Entre 1974 y 2004, solo diez de 1556 drogas registradas por empresas farmacéuticas se dirigían a las enfermedades de los países más pobres [32].

En Perú, de 1995 a 2012, se presentaron 1475 protocolos de ensayos clínicos, y el 87,2 % de los realizados fueron patrocinados por la industria farmacéutica transnacional. Solo el 1,2 % corresponde a enfermedades tropicales desatendidas, observándose el abandono de campos de investigación que son prioritarios en el país [31].

3. En cuanto a los *estudios cualitativos o de metodología mixta*, nos encontramos ante el hecho de que una de las pretensiones de la ideología globalizadora es la de ocupar a los investigadores en producciones rápidas. Las consultorías (estudios que se efectúan en periodos cortos de tiempo, dirigidos comúnmente hacia los resultados que el financiador quiere obtener) son parte de una estrategia para estancar el pensamiento crítico, desalentar el debate y fragmentar el conocimiento, en torno a las causas reales de los problemas de salud en Latinoamérica [3,4,14,33,34]. Muchos de los estudios cualitativos efectuados a partir de los RAP reducen la metodología cualitativa a una sumatoria de técnicas exprés y desvirtúan epistemológicamente este tipo de

metodología, que necesita no solo un largo período de tiempo para ser efectuada adecuadamente, sino que, además, no se basa exclusivamente en el análisis del discurso de los informantes, descontextualizado de su lugar de origen [34].

La metodología cualitativa se debería caracterizar por la profundidad del dato, por la ética investigativa en la relación entre investigador e investigado, y por un largo proceso de diálogo entre la teoría y la realidad que se observa. Dentro de esta metodología, el método más adecuado para articular la vida cotidiana de las poblaciones y sus problemas de salud con los aspectos macrosociales es, sin duda, el método etnográfico, característico de la antropología. Este método ha sido ridiculizado por los RAP, que proponen como estrategia investigativa la llamada “etnografía rápida”, que consiste en utilizar la técnica de observación en un corto período de tiempo, alejándose de la esencia epistemológica que define el método etnográfico, basado en la calidad y la profundidad del dato, improbable de obtener en períodos cortos [3,34].

Por ejemplo, un gran número de investigaciones sobre sida en América Latina se gestó con base en un manual que elaboró Family Health International en el año 2000, titulado “Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH, USAID, DFID, FHI” [35]. El objetivo de los estudios, basados en este manual, era crear sistemas confiables de vigilancia y poder responder así a los requisitos internacionales [14] (para más detalle, véase [5]).

Como señalo en [5],

Con posterioridad a esta guía, en el año 2009, † apareció un documento con *las Directrices para el Desarrollo de Indicadores Básicos*, realizado por ONUSIDA y donde se daban a conocer los indicadores básicos para medir la eficacia a la respuesta del VIH y sida. Este manual ofrecía instrucciones para preparar los informes regionales que, posteriormente, se incorporan a los informes mundiales sobre los progresos realizados en la aplicación de la Declaración del compromiso sobre VIH/sida de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS).

La recomendación de los organismos globales a través de los manuales era que se hicieran estudios cualitativos a poblaciones clave. En el caso de Bolivia, casi todos los estudios se hicieron en colectivos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en grupos gays, bisexuales, transgénero (GBT) y trabajadoras sexuales, los que *a priori* se

decidió que concentraban la epidemia. Cuando ya habían transcurrido casi 30 años desde que se diagnosticaron los primeros casos en Bolivia, se seguía mencionando en las investigaciones e informes oficiales que el riesgo se concentraba en la población GBT, en las trabajadoras sexuales y HSH, ya que la mayoría de investigaciones fueron realizadas en exclusividad en estos colectivos, mientras que no se incluía en los estudios a la población general, por la misma recomendación de los organismos de sida a nivel mundial. De este modo, las investigaciones y las intervenciones de salud pública iban dirigidas en particular a estos colectivos [5,14].

Sin embargo, el VIH/sida en Bolivia se encuentra en la población general; de hecho, los escasos estudios alternativos que escapaban a los diseños globales predeterminados evidenciaban que la epidemia no estaba concentrada en los grupos específicos [14,33,37,38].

Esta estrategia no solo repercutía en una estigmatización de estos grupos, sino que implicaba que no se tomaran las medidas oportunas, tanto en el caso del control de la epidemia, como en el de los fármacos asociados a esta patología, o en el de las investigaciones sobre la misma. Los formatos investigativos globales para el caso del sida intentaban parcializar la información y dirigir las investigaciones hacia los mismos colectivos y causas. Las preguntas de investigación eran siempre las mismas, por lo que los resultados no variaban a lo largo del tiempo [5].

A modo de conclusión

La mayoría de investigaciones están supeditadas a una sola forma de ver y entender el mundo. Esta forma está asociada a una ideología determinada, marcada por la decisiva expansión del capitalismo, que propone una salud subyugada al neoliberalismo, como señala la politóloga Christina Ewig [39]. Los investigadores que hacemos parte de la periferia global estamos sin duda en desventaja a la hora de efectuar investigaciones alternativas. Sin embargo, la dependencia tanto financiera como científica, no impide cuestionar ciertos elementos importantes que necesitamos discutir, para así poder romper con parámetros establecidos que no ayudan a responder las necesidades de salud de las poblaciones locales [40].

Existe una necesidad de cambiar el modelo investigativo y, a su vez, de colocar el aspecto ético como cuestión central en las investigaciones. No se suele buscar como objetivo final al paciente o la

† Véase [36].

mejora de la salud de las poblaciones, sino que, en muchos casos, los investigadores se dirigen a patentar productos y a acumular publicaciones, dado que los equipos de investigación son evaluados de acuerdo con estos parámetros. Estas condiciones incitan a muchos investigadores a centrarse, desde una perspectiva estrictamente individual, en sus intereses personales, con la consecuente fragmentación, cada vez mayor, de los equipos de investigación. Las nuevas políticas educativas globales, surgidas del Plan Bolonia [véanse 41,42], pese a que están siendo replicadas por algunos países de Latinoamérica, contribuyen a reforzar esta situación.

Los investigadores deberíamos valorar que no existe una única opción investigativa, sino que caben más opciones, y que tenemos la capacidad de pensarlas, de crearlas y de transformar las ya existentes. Es necesaria la producción colectiva, multidisciplinaria, con pensamiento crítico, y que esta surja desde los equipos de investigación. Deberíamos propiciar la creación de nuevas variables y categorías, que relacionen los problemas de salud con la cada vez mayor contaminación ambiental, a la que estamos todos expuestos, la que proviene del extractivismo, pero también de la contaminación alimentaria relacionada con el agronegocio. Y ser conscientes de que los tratados de libre comercio acentúan su incidencia. Necesitamos romper estructuras de pensamiento que ayuden a modificar la base ideológica que impregna de manera tan extensiva la investigación actual.

Sería conveniente crear una estructura universitaria que actúe como observatorio de los efectos de los medicamentos, como apunta Pignarre para el control de los fármacos [19], y que, además, sirva como observatorio de los efectos de la exposición humana, animal y ambiental a los agrotóxicos, de las consecuencias de la contaminación de la tierra, el agua y el aire, y su repercusión en el creciente índice de cáncer y de numerosas patologías asociadas en Latinoamérica. Necesitamos, por tanto, investigaciones que evidencien la influencia de la contaminación ambiental en el deterioro de la salud humana.

Son muchos los retos que tenemos por delante y, para concretarlos, necesitamos, como decía Hugo Zemelman, investigadores con conciencia y voluntad [43], para así poder transformar las actuales condiciones de salud de los pueblos del Sur.

Agradecimientos

Quiero agradecer la lectura y los comentarios del Dr. Óscar Lanza, Nazaret Rodríguez, Daniel Rojas, Constanza Forteza, Ellen Whelan y Juan Fernando

Saldarriaga Restrepo, quienes generosamente ayudaron a enriquecer este artículo.

Financiación

Medical Anthropology Research Center. Universidad Rovira i Virgili (URV).

Conflicto de interés

La autora no tiene conflictos de interés.

Declaración de responsabilidad

Se declara que los puntos de vista expresados son responsabilidad de la autora y no de la institución en la que trabaja o de la fuente de financiación.

Referencias

1. Ramírez-Hita S. Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí. La Paz: Cooperazione Italiana; 2005 [2.ª ed.: 2010].
2. Ramírez-Hita S. Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en población quechua y aymara del altiplano boliviano. La Paz: OPS/OMS; 2009 [2.ª ed.: 2010].
3. Ramírez-Hita S. Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; 2011.
4. Ramírez-Hita S. Salud globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(10):4061-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09372014>
5. Ramírez-Hita S. Cuando la enfermedad se silencia: sida y toxicidad en el oriente boliviano. Tarragona: URV; 2016.
6. Martens J, Seitz K. Philanthropic power and development. Who shapes the agenda? Germany: Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR [internet]; 2015 [citado 2017 oct. 28]. Disponible en: https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic_Power_online.pdf
7. Fundación Heinrich Böll. Atlas de la carne. Hechos y cifras sobre los animales que comemos [internet]; 2014 [citado 2017 oct. 30]. Disponible en: <https://mx.boell.org/es/atlas-de-la-carne>
8. Burtscher-Schaden H, Clausing P, Robinson C. Glyphosate and cancer: Buying science. Vienna, Austria: GLOBAL 2000 [internet]; 2017 [citado 2017 oct. 28]. Disponible en: https://www.global2000.at/sites/global/files/Glyphosate_and_cancer_Buying_science_EN_0.pdf
9. Robin MM. Nuestro veneno cotidiano. La responsabilidad de la industria química en la epidemia de las enfermedades crónicas. Barcelona: Península; 2012.
10. Druker SM. Genes alterados, verdad adulterada. Cómo la empresa de los alimentos modificados genéticamente ha trastocado la ciencia, corrompido a los gobiernos y engañado a la población. Barcelona: Icaria; 2018.
11. Maya L, Luna F. El timerosal y las enfermedades del neurodesarrollo infantil. *An. Fac. Med.* 206;67(3):243-62.

12. Babnik L. Perfil corporativo de Monsanto [internet]. 2009. [citado 2017 oct. 30]. Disponible en: http://www.rapaluru.org/transgenicos/Prensa/perfil_monsanto.pdf
13. Naciones Unidas, CEPAL. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe [internet]; 2016 [citado 2016 oct. 2]. Disponible en <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
14. Ramírez-Hita S. Problemas metodológicos en las investigaciones sobre VIH/sida en Bolivia. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2013 [citado 2016 oct. 2]; 18(5):1321-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500017>.
15. Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva* [internet]; 8(1):185-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
16. Cueto M. *Missionaries of Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press; 1994.
17. Cueto M. Los ciclos de la erradicación de la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1018-1940. En: Cueto M, editor. *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Perú: Instituto de Estudios Peruanos, Organización Panamericana de la Salud; 1996.
18. Cueto M. *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
19. Pignarre P. *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2005.
20. Laboux N. *La Notion de médicament*. Villeneuve-d'Ascq: Presses Universitaires de Septentrion; 2002.
21. Horton R. Offline: What is medicine's 5 sigma? *Lancet* [internet]; 2015; [citado 2016 nov. 27]. 385(9976):1380. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60696-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60696-1).
22. Forcades T. Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas. *Barcelona: Cuadernos 141*; 2006.
23. Borde E, Hernández M, De Souza M F. Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde Debate*. 2015;39(106): 841-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.
24. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R., compiladores. *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?* México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011. pp. 169-192.
25. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Parte I Agrotóxicos, Segurança alimentar e Saúde. Grupo Inter GTs de Diálogos e Convergências da ABRASCO. Comissão Executiva do Dossiê. Rio de Janeiro, World Nutrition; 2012.
26. Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
27. Ministerio de Salud Perú (Minsa). 10 primeras causas de mortalidad. Estadística mortalidad. Perú, Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Perú año 2014. [internet]; 2014 [citado 2016 oct. 2]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
28. Perú, Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Lima: Ministerio de Salud [internet]; 2013 [citado 2017 nov. 1]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
29. Lachenal G. *Le médicament qui devait sauver L'Àfrique: un scandale pharmaceutique aux colonies*. Paris: La Découverte; 2014.
30. Sanz EJ. Ética de la investigación. Funciones y actividad de los comités de ética de investigación clínica. OMC, Fundación Ortega Marañón [internet]; s. f. [citado 2017 ene. 16]. Disponible en: https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U10_Etica%20Investigacion%20y%20CEIC.pdf
31. Minaya G, Fuentes D, Obregón C, Ayala-Quintanilla B, Yagui M. Características de los ensayos clínicos autorizados en el Perú, 1995-2012. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica*. 2012;29(4):431-6.
32. Chirac P, Torreale E. Global framework on essential health R&D. *Lancet*. 2006;367(9522):1560-1. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68672-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68672-8).
33. Ramírez-Hita S. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. *Acta Bioethica*. 2011;17(1):61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100008>.
34. Ramírez-Hita S. Los usos y desusos del método etnográfico: las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En: Romani O, editor. *Etnografías, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicacions URV, Colección Antropología Médica; 2013. pp. 43-63.
35. Family Health International. [internet]; 2000 [citado 2016 oct. 2]. Disponible en http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/res_bssspanish.htm
36. ONUSIDA. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre VIH/sida. Directrices para el desarrollo de indicadores básicos. Ginebra; 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61676-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61676-8).
37. Valdez E. *El sida en el reino de la impunidad*. Cochabamba: CAFOD; 2006.
38. Bustillos E. 2009. Impacto económico de la enfermedad y muerte por VIH/sida en Bolivia. Modalidad de Titulación. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Ciencias Económicas y Financieras. Carrera de Economía. (Inédito).
39. Ewig C. *Neoliberalismo de la segunda ola. Género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: IEP; 2012.
40. Ramírez-Hita S. ¿Es posible una antropología médica emancipadora? Reflexiones desde el contexto Regional. *Avá* [internet]; 2017 [citado 2019 ene. 18]; (31):185-196. Disponible en: <http://www.ava.unam.edu.ar/images/31/n31a09.pdf>
41. Informe Tunig - European Commission. *Tunig Educational Structures in Europe*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
42. Ramírez-Hita S. Trabajo de campo en la antropología contemporánea: mercancía y globalización en América Latina. En: Tocopilla J, compilador. *Antropologías en América Latina. Prácticas, alcances y retos*. Universidad del Cauca; 2017. pp 175-86.
43. Zemelman H. *Uso crítico de la teoría. Entorno a las funciones analíticas de la totalidad*. México: Instituto Politécnico Nacional; 2009.

