

***In Situ. El cáncer como injusticia social*, de Fernando Sasseti y Natalia Luxardo (2021)**

Buenos Aires: Biblos.

Reseña: Poblaciones “invisibles” y control del cáncer desde el primer nivel de atención. El cinismo ético como estrategia de juego en el campo de la salud pública/colectiva

Luis David Castiel

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil / Escuela Nacional de Saúde Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Natalia Luxardo

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina.

El médico y sanitarista argentino Ramón Carrillo (1906-1956) señalaba hace varias décadas que “frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas” (Alzugaray, 2008). Más recientemente, el también médico y antropólogo Paul Farmer, en cambio, señalaba al respecto: “durante décadas, quienes estudian los determinantes de la enfermedad han sabido que las fuerzas sociales o estructurales representan la mayoría de las enfermedades epidémicas. Pero las verdades como ‘la pobreza es la causa fundamental de la tuberculosis’ no nos han llevado muy lejos. Si bien todavía no tenemos una receta curativa para la pobreza, sí sabemos cómo curar la tuberculosis. Aquellos que argumentan que centrarse únicamente en el desarrollo económico con el tiempo eliminarán la tuberculosis puede ser correcto, pero en el camino hacia esta utopía el número de cuerpos permanecerá alto si no se tiene cuidado de diagnosticar y tratar a los enfermos. Lo mismo ocurre con otras enfermedades de la pobreza. El agua potable y el saneamiento evitarán los casos de fiebre tifoidea, pero los enfermos necesitan antibióticos; agua limpia llega demasiado tarde para ellos” (Farmer *et al.*, 2006).

Moverse entre estos dos polos para abordar las desigualdades sociales de la salud y la inequidad, en contextos como el de nuestras sociedades, implica enormes desafíos éticos, políticos y teóricos. Por eso el camino elegido por el libro *In Situ. El cáncer como injusticia social* (Luxardo y Sasseti, 2021) es así de incierto, preliminar, sinuoso e inconcluso, ya que trata de alejarse de recetas estándares en el campo de la salud pública, para transitar un sendero que desde la medicina social latinoamericana/salud colectiva, epidemiologías alternativas y las ciencias sociales se viene marcando desde hace tiempo. Las tensiones de moverse en estas aguas solo fieles a comprender de la mejor y transparente manera la dura evidencia de la morbilidad diferencial según grupos sociales entre países y en el interior de los mismos son indisociables de pensar, también, cómo intervenir, no como etapas secuenciales, sino como praxis dialéctica de un conocimiento-acción que en su devenir y movimiento apuesten a empezar a saldar reparaciones históricas materiales y simbólicas, tan urgentes y necesarias, por pequeñas y sutiles que parezcan. Así, adoptando un enfoque que va conjugando intereses de impactos estructurales a largo plazo con micro-intervenciones y demandas puntuales, eligiendo presentar batalla para poder disputar sentidos y recursos en un subcampo específico de la salud, como es la oncología, en el que es posible identificar con precisión qué empezar a traccionar para acortar estas brechas de los resultados en salud entre grupos, al pedir por determinadas intervenciones efectivas en otras clases sociales cuyos beneficios en el corto plazo les permite, ni más ni menos, que vivir más y con menor sufrimiento al poder evitar, diagnosticar tempranamente, tratar efectivamente, o paliar exitosamente cuando nada de lo anterior es posible. Este continuum de intervenciones de cuidados en cáncer posibles es el otro eje del estudio, enfoque conocido como “control del cáncer” que se pone en agenda mundial desde el 2009 y en Argentina en el 2018 con la formulación del Plan Nacional del Control del Cáncer.

Trabajando desde epistemologías colaborativas junto a colectivos postergados (recolectores informales en basurales a cielo abierto, comunidades de pescadores artesanales o de pequeña escala, jóvenes implicados en consumos de drogas ilegalizadas en “barrios rojos”, comunidades rurales y semi-rurales) se trata de pensar cómo se expresan en los territorios de tan amplia diversidad (cultural, social, ecológica, económica, política) las consecuencias de determinados modelos de desarrollo. Así se vuelve evidente los límites del modelo que prevalece en la prevención del cáncer, como es el de los *factores de riesgo* -individuales, ahistóricos, descontextualizados- que es la mirada que prevalece en la prevención del cáncer mundial y que incluyen intervenciones como la educación para no fumar, cuidarse del sol, del alcohol, la dieta, el ejercicio físico, entre otros.

Estos límites que llevan más de cinco décadas siendo notados desestiman las explicaciones relativas al contexto social, económico y político mayor y su papel en la distribución de las tasas de enfermedad, con poca atención en las conceptualizaciones sobre estas “macro-causas”, así como la identificación de responsables; dejan a las variables sociales como factores de riesgo individuales y opciones conductuales, enmarcados por la teoría de estilo de vida.

Como señalan Castiel y Álvarez-Dardet (2010): “el problema central es que disponemos de una gran cantidad de información sobre las consecuencias de las acciones de los individuos, pero las consecuencias de las acciones de los gobiernos y las empresas permanecen en un estado límbico de invisibilidad para la salud pública”.

La principal disputa del libro es hacia esta indiferencia de la epidemiología hegemónica del cáncer por teorías explícitas para poder conceptualizar sobre las causas sociales de tales desigualdades en la distribución de las tasas de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. Se advierte que incluso cuando se toman medidas desde este paradigma para subrayar los agentes causales identificados en las etiologías del cáncer, algunas de tales medidas exacerban tales desigualdades que especialmente afectan a las poblaciones más vulnerables, como sucede con las políticas de prevención del tabaquismo y el nuevo foco de mercados de las empresas tabacaleras puesto en poblaciones de países del sur global (África, Latinoamérica).

El libro intenta, aun con sus limitaciones, un abordaje transdisciplinario que incluye a las ciencias sociales (geografía, ciencias políticas, antropología, sociología, trabajo social, ciencias de la comunicación e historia) y otras ciencias de la salud aplicadas (enfermería, bioingeniería), intersectorial con alianzas con sectores externos al campo de la salud y con las propias comunidades y con compromisos sostenidos en el tiempo, que continúan con nuevos proyectos que como eslabones se van encadenando y sucediendo. Tiene apuestas epistemológicas fuertes, como tratar que ciencias sociales, largamente ignoradas en el campo de la salud o con escaso impacto real en la formulación de políticas sanitarias, aporten herramientas concretas útiles para una toma de decisiones en un enfoque estructural del control del cáncer, basado en saberes plurales que dialogan intentando atravesar asimetrías constitutivas. Para ello, se parte de las necesidades específicas de las circunstancias de vida y trabajo particulares de estos contextos, incorporando a las personas que están en el día a día institucional en el control del cáncer (personal sanitario, tomadores de decisión) como pares en el desarrollo de investigaciones.

Aunque los determinantes sociales responsables de las inequidades en salud, mejor dicho, las determinaciones sociales derivadas de modelos de desarrollo como el actual, se encuentran principalmente por fuera del sistema de atención de salud, el enfoque del colectivo de autores (compuesto también por personal sanitario) apuesta a afectar directamente el sector de la salud ya que tiene capacidad para reproducir, agravar o achicar las inequidades generadas a partir de los condicionantes macro. Este foco en las intervenciones propias del primer nivel actualmente disponibles es cuestionado, y tomando como base epistemológica desarrollos críticos y decoloniales, que notan que lo que no existe es activamente producido como existente, tal como advierte la sociología de las ausencias, revisa qué intervenciones se incluyen, de qué manera, pero también qué se está dejando sistemáticamente afuera de las intervenciones para el control del cáncer en poblaciones llamadas en salud pública como “difíciles de alcanzar” o “poblaciones invisibles”.

¿Alcanzan intervenciones basadas en políticas sanitarias destinadas al control del cáncer para afectar las desigualdades que existen en los resultados de salud? No. Pero aun así, es necesario dar esta batalla también en lo micro, *pujando* junto a colectivos históricamente postergados en sus derechos por torcer resultados evitables, innecesarios e injustos, movilizándolo los recursos existentes. Por supuesto que es necesario afectar las estructuras que producen y reproducen estas formas de exclusión social... pero

son opciones complementarias, no dicotómicas. Como sugirió alguna vez Castiel, el espíritu de este libro transforma esta suerte de cinismo que reconoce que no alcanza, en un cinismo ético, que se suma desde los *juegos* posibles por las posiciones ocupadas, a distintas maneras de traccionar por microespacios de justicia social, también en la arena del cáncer.

Referencias bibliográficas

Alzugaray, R. (2008). *Ramón Carrillo. El fundador del sanitarismo nacional*. Buenos Aires: Ediciones El Colihue.

Castiel LD, Álvarez-Dardet Díaz C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S., Keshavjee, S. (2006). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Med* 3(10): e449. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>

Luxardo, N. y Sasseti, F. (Eds.) (2021). *In situ. El cáncer como injusticia social*. Buenos Aires: Editorial Biblos.