



Antropología Social

Las enfermedades relacionadas con el asbesto en América Latina: una mirada desde la Antropología Médica Crítica

Asbestos-related diseases in Latin America: A Critical Medical Anthropology perspective

Renata Gabriela Cortez Gómez

Investigadora asociada. Proyectos Nacionales Estratégicos, Agentes Tóxicos y Procesos Contaminantes. Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías, México.
E-mail: rcortezgomez@gmail.com

Resumen

Las enfermedades relacionadas con el asbesto (ERA) ocasionan alrededor de 255,000 muertes al año en el mundo; sin embargo, no han despertado el interés de la antropología médica latinoamericana, pese a que en esta región se dio la mayor productividad mundial de asbesto en la década de 1980. A partir de la revisión documental de producción científica, literatura gris y otros recursos, este artículo busca elucidar el potencial de las aportaciones teóricas de la Antropología Médica Crítica para el estudio de cómo se viven y se atienden estas enfermedades en la región, desde tres dimensiones de análisis: a) las ERA como producto del sistema capitalista, b) las dificultades en el acceso a atención y pensión de los afectados, c) la lucha como una forma de agenciamiento de los afectados. Desde esta mirada crítica, que subraya la importancia del abordaje dialéctico entre las relaciones de dominación y resistencia, el artículo abona a la reconstrucción del estado del arte y una historización del problema en la región.

Palabras clave: Antropología Médica Crítica; Asbesto; Enfermedades relacionadas con el asbesto; Acceso a salud; Luchas sociales.

Abstract

Asbestos-related diseases (ARD) cause around 255,000 deaths a year worldwide; however, this problem has not aroused much interest in Latin American medical anthropology, despite the fact that the highest global productivity of asbestos took place in this region during the 1980s. Based on a documentary review of scientific production, gray literature, and other resources, the aim of this article is to elucidate the potential of the theoretical contributions of Critical Medical Anthropology for the research on how the people affected experience and deal with these illnesses in this region, from three dimensions of analysis: a) ARD as a product of the capitalist system, b) the difficulties in access to health care and pensions for those affected, c) the struggle as a form of agency for those affected. The critical perspective that underlines the importance of the dialectical approach between relations of domination and resistance contributes to the reconstruction of the state of the art and a historicization of the problem in the region.

Keywords: Critical Medical Anthropology; Asbestos; Asbestos-related diseases; Access to health care; Social struggle.

Introducción

El asbesto es un material que tuvo un gran auge comercial durante el siglo XX debido a sus múltiples propiedades aptas para la construcción, la industria automotriz, los sistemas de calefacción, entre otras. Durante la primera mitad del siglo XX se fue acumulando evidencia científica sobre los efectos nocivos que tenía para la salud, no fue hasta 1977, momento en que la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) lo declaró sustancia cancerígena, que su prohibición tomó impulso principalmente en Europa. A la fecha 57 países lo han prohibido; sin embargo, este es solo el primer paso en la cadena de soluciones para todos los problemas que ha ocasionado, y que en varios

países han movilizado a los y las afectadas. El tema del asbesto parece no despertar mucho interés entre la antropología latinoamericana, lo que se demuestra con la poca producción etnográfica en forma de tesis, artículos científicos y otros trabajos académicos que resultan de las búsquedas en bases de datos de revistas de ciencias sociales. Las aportaciones teóricas de la Antropología Médica Crítica (AMC) tienen un potencial muy importante para analizar las luchas sociales que se han desatado en América Latina como consecuencia de los daños a la salud ocasionados por el asbesto, lo cual se pretende demostrar en este artículo.

Los temas relacionados con la salud, la enfermedad y la muerte siempre han llamado la atención de la

Recibido 24-04-2023. Recibido con correcciones 17-05-2023. Aceptado 26-05-2023



antropología, lo que dio lugar al desarrollo de un campo especializado conocido como antropología médica (AM). Sin embargo, la AM ha sido criticada por su posicionamiento frente a la biomedicina, puesto que numerosas investigaciones parecían apoyar su validez o eficacia sin cuestionar que ésta es un agente de la economía capitalista y del imperialismo global (Singer & Baer, 1995). Antropólogos médicos preocupados por el papel que jugaban los procesos político-económicos en los problemas de salud-enfermedad abogaron por una mirada que recuperara los postulados marxistas, nutriéndose de la corriente de la economía política de la salud propuesta por autores como Hans Baer (1996) o Soheir Morsy (1979), así como de los movimientos sociales que en la década de 1960 tuvieron un papel importante en los procesos democráticos de diversas partes del mundo, surgiendo así la AMC (Witeska-Młynarczyk, 2015). Los pioneros de la AMC se preocuparon por “las formas en que las diferencias de poder dan forma a los procesos sociales, incluida la investigación en antropología médica” (Baer et al., 1986: 95) que corre el riesgo de servir al poder si no lo cuestiona. Estas diferencias de poder inciden en patrones determinados de mortalidad y morbilidad que no son uniformes entre las personas que conforman una misma población, sino que responden al clasismo, racismo y sexismo de la sociedad capitalista (Singer & Baer, 1995).

La mirada crítica de los procesos de salud-enfermedad que retoma postulados de autores como Karl Marx y Antonio Gramsci (Singer & Baer, 1995) no es exclusiva de la AMC. En la década de 1960 en América Latina surgió la denominada medicina social latinoamericana (MSL) que denunció “la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto de los procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que conciernen al individuo” (Laurell, 1989:1183). La MSL surge en un contexto muy especial, cuando los investigadores del campo de la salud pública fueron conscientes del empeoramiento de las condiciones de vida y la mortalidad en ciertos sectores de la población a pesar de los avances científicos y tecnológicos de la medicina (Krieger & Birn, 1998). La salud pública que, en sus inicios en el siglo XIX, buscaba la justicia social, fue perdiendo ese propósito (Krieger & Birn, 1998). Mientras la medicina se va sofisticando, los sistemas de salud se han ido estratificando, ofreciendo una calidad diferenciada en función del poder adquisitivo de la persona (Laurell, 1989), vulnerando a los sectores populares. La MSL inspiraría a la salud colectiva, una corriente de la salud pública que tuvo un papel muy importante en Brasil en la década de 1980 al promover políticas de salud más justas y equitativas, como la creación del Sistema Único de Salud (SUS).

Todas estas corrientes se nutrieron de la teoría marxista para ver la salud como un proceso social y global, pues las enfermedades relacionadas con el asbesto (ERA) que

padecen las poblaciones de ciertas latitudes no están desligadas de las decisiones que se toman en otras muy distantes.

El asbesto, sus fibras y las consecuencias de usar estos productos, permean procesos nacionales e internacionales como el comercio mundial, el crecimiento económico nacional, la salud y el bienestar nacional, las normas de fabricación, el comercio internacional y su regulación. A un nivel más local, la exposición a asbesto afecta la salud de los individuos, sus identidades individuales en tanto hombres y mujeres, el bienestar colectivo, sus niveles de activismo y el deseo de participar en movimientos sociales que se movilizan por el cambio, así como gran parte de su vida cotidiana. (Waldman, 2011: 7)

De acuerdo con Singer & Baer, “un enfoque crítico debe definir la salud como el acceso y control sobre los recursos materiales e inmateriales básicos que sustentan y promueven la vida en un alto nivel de satisfacción” (1995: 95). Esta definición difiere mucho de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (s.f.) en 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Singer y Baer (1995) enfatizan el papel de las desigualdades sociales en la producción de enfermedad. Para tener o restablecer la salud es necesario el acceso a recursos como alimentación, vivienda, servicios básicos (energía, agua potable o drenaje) y servicios de salud, que algunas personas tienen garantizados, y otras no, por su posición social.

Los recursos teóricos y metodológicos de la AMC pueden ayudar a develar los procesos, relaciones sociales y actores que obstaculizan este acceso y contribuir a corregir el problema. Es decir, que la AMC no solo busca hacer aportaciones teóricas, sino apoyar “a la lucha de los pueblos del Tercer Mundo por una vida mejor, incluido el acceso a la atención médica” (Morsy, 1979: 362). Entre estas luchas están las encabezadas por personas afectadas por ERA en Chile, Brasil, Argentina y Colombia.

El análisis de las ERA revela una interdependencia entre los estudios de salud, trabajo y medio ambiente (Silva & Barca, 2016) que obliga a usar un enfoque interdisciplinario, como es característico de la AMC que retoma los conocimientos producidos desde la medicina, la psicología, la epidemiología, la economía política, la ecología política, la historia, entre otras (Baer, 1996; Witeska-Młynarczyk, 2015). En este sentido, la reconstrucción histórica de los hechos es un ejercicio que haremos en este artículo. Centrándonos en las ERA, vale plantearse algunas preguntas que Baer et al. (1986) consideran como fundamentales para la AMC:

“(1) ¿Quién tiene poder sobre las agencias de

la biomedicina? (2) ¿Cómo y en qué forma se delega este poder? (3) ¿Cómo se expresa el poder en las relaciones sociales dentro del sistema de prestación de servicios de salud? (4) ¿Cuáles son los fines y consecuencias económicas, sociopolíticas e ideológicas de las relaciones de poder que caracterizan a la biomedicina? (5) ¿Cuáles son las principales contradicciones de la biomedicina y las arenas de lucha en el sistema médico?" (1986: 95-96).

El análisis de las ERA revela que para responder a las primeras dos preguntas hay que centrar la mirada en los procesos políticos y económicos del problema, donde dilucidamos que la industria del asbesto financió estudios para negar la nocividad del material, incidiendo en que las autoridades de salud internacionales (como la IARC) demoraran en determinar su carcinogenicidad y los estados en tomar medidas. Las respuestas a las siguientes dos preguntas nos llevan al papel de los sistemas de salud y su vinculación con los sistemas de pensiones, en el acceso a atención médica y al retiro por incapacidad. Estas articulaciones toman diferentes formas en cada país pues dependen de las legislaciones, normativas y políticas públicas en materia de salud y trabajo. Aunque esto hace imposible establecer generalizaciones sobre la imbricación de la salud con el trabajo para el tema del asbesto en todos los contextos, apuntamos algunos de los problemas más comunes. La última pregunta nos sitúa en las luchas encabezadas por los afectados y las afectadas por ERA, así como por sus familiares y otros actores que los han acompañado, y las disputas con empresas e instituciones estatales (del trabajo y de salud) por el acceso a la justicia social, el reconocimiento del daño ocasionado a su salud y al ambiente, y la reparación (Lincura Matamala & Díaz Crovetto, 2021; Mazzeo, 2017).

Para realización de este análisis recurrimos a la revisión documental de a) artículos sobre antropología médica crítica, y b) artículos y tesis de antropología sobre los problemas ocasionados por el asbesto, que al ser muy pocos tuvieron que ser complementados con material de otras disciplinas, pero realizados con metodología cualitativa. Dada la escasez de trabajos sobre el tema en la región de América Latina, recurrimos a artículos, literatura gris y sitios web de los movimientos sociales contra el asbesto, ya que constituyen otra fuente de documentación. La información se organizó en tres categorías que se corresponden con las dimensiones del problema y que se han organizado a manera de apartados en este artículo. La revisión comprende cuatro países de América Latina porque interesa reconstruir el panorama regional de las ERA, y analizar el papel de las fuerzas globales de opresión y las resistencias locales. Esto abonará a la comprensión de un problema no estudiado antes en México desde la perspectiva antropológica, en el marco de un proyecto de investigación que analiza los daños biosociales y ambientales ocasionados por el

asbesto en este país, mismo que se enriquecerá conforme avance el trabajo de campo (ver Agradecimientos).

Las enfermedades asociadas con el asbesto (ERA) como producto del sistema económico capitalista

Fuerzas sociales, políticas y económicas producen riesgos para la salud y la enfermedad (Hofrichter, 2003, citado en Mazzeo, 2017), que pueden ilustrarse muy bien en el desarrollo de la industria del asbesto durante el último siglo y el respectivo incremento de la morbilidad y la mortalidad entre los trabajadores y sus familiares. Algunos estudios confirmaron la relación causal entre exposición a asbesto y enfermedades del sistema respiratorio desde principios del siglo XX; sin embargo, el reconocimiento por parte de organismos internacionales como el IARC tendría lugar hasta la década de 1977. Esto postergó las medidas precautorias y colocó a miles de personas en situación de vulnerabilidad durante décadas, quienes hoy día padecen la negligencia de la ciencia médica, de la industria del asbesto y de los gobiernos. En algunos países ya se ha prohibido, pero la política pública en materia de atención a las víctimas y recuperación de las zonas afectadas aún es deficiente, como ocurre en los casos latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile y Colombia) que analizamos. Es decir, el proceso sociohistórico y político de los problemas asociados al asbesto sigue su curso, no se ha detenido con la prohibición, aún requiere ser estudiado en contextos particulares para tomarlas medidas necesarias, desde las más urgentes hasta las de largo plazo.

Por asbesto nos referimos a un grupo de minerales fibrosos que se encuentran en formaciones de la naturaleza. Hay dos variedades principales de asbesto: las serpentinas, entre las que se incluye al crisotilo o asbesto blanco; y los anfíboles, que incluyen la crocidolita, la amosita, la antofilita, la tremolita y la actinolita (Organización Mundial de la Salud, 2015). Hay evidencia de que el asbesto se utilizaba desde la antigüedad, pero su uso comercial se disparó durante el siglo XX debido a sus propiedades ignífugas y resistencia a la abrasión, que lo hicieron útil como aislante térmico y en la elaboración de materiales de fricción para la industria naviera, aérea, automotriz, e infinidad de aplicaciones domésticas. Otra característica es la no biodegradabilidad (San Juan & Muñoz, 2013) que lo convierte en un contaminante de especial preocupación, pues no se destruye; una vez que se hace la remoción, se debe confinar en sitios especiales para evitar la exposición. En 1901, Ludwig Hatschek, un ingeniero austriaco, descubrió que al mezclarlo con cemento producía un material de propiedades aptas para la construcción, la nombró *Eternit* presumiendo que sería eterno (Luna et al., 2017). Este producto se conoce como asbesto cemento y se ha distribuido por todo el mundo en forma de techos, paredes, tanques de agua, tubería de las redes de agua potable y drenaje. Este artículo se enfoca especialmente en la industria de

asbesto cemento ya que uno de los grandes consorcios mundiales de asbesto cemento, el Grupo Eternit, tuvo filiales en países como México, Colombia, Chile y Brasil, y son sus extrabajadores y familiares de éstos quienes se movilizaron para denunciar los daños y reclamar justicia.

Las sospechas de que el asbesto ocasionaba problemas de salud se dieron en los albores de la industria de asbesto cemento y se confirmaron con investigaciones sobre asbestosis en la década de 1930. De acuerdo con Shull (1936), en 1918 Hoffman fue el primer médico que sugirió la nocividad del asbesto para los pulmones a partir de estudios realizados con trabajadores de Estados Unidos. En 1927 la asbestosis se reconocería "oficialmente" a partir de que un trabajador de la industria del asbesto presentó ante la Junta de Accidentes Industriales de Massachusetts un reclamo de incapacidad que buscaba la indemnización laboral. Sin embargo, 27 años antes el doctor Montague Murray ya había reconocido el primer caso fatal por asbestosis en Inglaterra, a los que se fueron sumando otros que en 1928 impulsaron investigaciones del Departamento de Fábrica Británico, a partir de las cuales promulgó leyes para la protección e indemnización del trabajador frente al riesgo de la exposición al asbesto. Al mismo tiempo se realizaron estudios de laboratorio y de campo en Estados Unidos que eventualmente permitieron describir la patología, diferenciándola de la silicosis, una enfermedad que había sido reconocida desde siglos antes entre trabajadores de la minería, vidrio, cerámica, entre otros materiales.

La relación causal entre el asbesto y el cáncer de pulmón se demostraría gracias a un conjunto de investigaciones publicadas en Alemania en 1938 (Proctor 1999, citado en Menéndez-Navarro, 2012), por lo que la lucha contra el asbesto se convirtió "en una prioridad de las autoridades laborales alemanas" (Menéndez-Navarro, 2012: 15). En la década de 1960, los trabajos de Wagner en Sudáfrica, y los de Irving Selikoff en Estados Unidos demostraron la asociación entre la exposición al asbesto y el desarrollo de mesotelioma pleural maligno (MPM) (Menéndez-Navarro, 2012). Con esta evidencia se cuestionaron los valores máximos de exposición al asbesto acordados por la *American Conference of Governmental Industrial Hygienist*. Como consecuencia, las recomendaciones emitidas en el *Report and Recommendations of the Working Group on asbestos and cancer* que se publicó en el *British Journal of Industrial Medicine* en 1965 disminuyeron esos valores (Menéndez-Navarro, 2012). La respuesta de la industria del asbesto fue financiar investigaciones para crear controversia frente a la nocividad del crisotilo, el más utilizado, otorgando "a la crocidolita y a la amosita toda la responsabilidad en la producción de los cánceres descritos entre trabajadores y enfermos ambientales" (Tweeddale & McCulloch, 2004, citado en Menéndez-Navarro, 2012: 23). Esto afectó que, por un lado, la IARC no reconoció la carcinogenicidad del asbesto; por otro lado, hizo imposible definir niveles

seguros de exposición hasta 1976. La prohibición de su uso no sería inmediata ni total; algunos países como Dinamarca iniciaron con la prohibición del uso en aislantes en 1973; Islandia en 1983 y Noruega en 1984 prohibirían todos los tipos de asbesto, pero con algunas excepciones; otros países, como Austria en 1990 e Italia en 1994, prohibieron el crisotilo con algunas excepciones. No sería hasta 1999 que la Unión Europea prohibió todos los tipos de asbesto con la Directiva IP/49/572. Es decir, transcurrieron muchas décadas entre las primeras publicaciones científicas sobre los daños a la salud ocasionados por el asbesto y la decisión de no usarlo.

El avance de las regulaciones del asbesto en Europa y Estados Unidos obligaron a los grandes consorcios internacionales a buscar nuevos mercados en países con legislaciones menos severas, como los latinoamericanos. Aunque las empresas de asbesto de Brasil, Colombia, México, Argentina y Chile se formaron en las décadas de 1930-1940, el consumo en los tres primeros se triplicó a partir de la década de 1990 (Algranti et al, 2019), mismo que se ha asociado al incremento de muertes por MPM en México, Brasil y Argentina a principios del siglo XXI (Aguilar-Madrid et al, 2003; Algranti et al, 2019).

En la actualidad, hay evidencia suficiente sobre la relación entre la exposición al asbesto y el mesotelioma maligno de tipo pleural, peritoneal y pericárdico; además de cáncer de pulmón, de laringe y ovario, y se está estudiando su asociación con otros tipos de cánceres (Carbone et al., 2012; Organización Mundial de la Salud, 2015). Se ha reconocido que, en específico, el MPM es un indicador indirecto de la exposición al asbesto, puesto que esta enfermedad es ocasionada principalmente por dicho mineral (Carbone et al., 2012). También se ha demostrado que la inhalación de fibras de asbesto no solo sucede en el contexto laboral, sino también en el familiar, como ocurrió con las esposas e hijos/hijas de obreros que inhalaban las fibras de asbesto que ellos transportaron en sus ropas sucias; así como puede ser de carácter ambiental, como se ha observado entre personas que habitan en zonas aledañas a las industrias de asbesto (Algranti et al., 2019; Carbone et al., 2012). Las ERA ocasionan un promedio de 255,000 muertes al año, la gran mayoría (unas 233,000) relacionadas con exposiciones laborales (Furuya et al., 2018).

Uno de los factores que ayudó a que la industria del asbesto negara sistemáticamente la nocividad es el largo periodo de latencia entre la exposición y el desarrollo de ERA, que en el caso del MPM alcanza hasta 40 años, facilitando que la industria evadiera su responsabilidad frente a la enfermedad, la incapacidad laboral y la muerte (Mazzeo, 2017). El trabajo de Mazzeo (2017) recupera los testimonios de extrabajadores de la mina *São Felix*, ubicada en *Bom Jesus da Serra*, Brasil, que operó entre 1937 y 1967, quienes describen las condiciones de trabajo sin ninguna protección frente a los polvos de

asbesto que aspiraban constantemente, y que luego llevaban a casa en sus ropas sucias para que sus esposas las lavaran. Testimonios similares han recogido San Juan y Muñoz (2013) de extrabajadores de la Sociedad Industrial Pizarreño en Chile. Trabajos realizados en México en la década de 1960 también evidencian que los trabajadores de fábricas de asbesto estaban expuestos directamente y de forma prolongada a los polvos sin equipo de protección personal ni tampoco se les realizaban evaluaciones médicas (Castellano, 1960; Hernández, 1963, citado en Gavira et al., 1990).

Durante muchas décadas la industria del asbesto operó sin medidas de protección para los obreros, ni mucho menos para sus familiares. Eventualmente, algunas empresas las implementaron, pero tampoco evitaron la exposición y no se acompañaron de acciones para remediar los ambientes contaminados. Este contexto de ocultamiento de las empresas del asbesto, aunado a la negación de los sindicatos para atacar los problemas, evitó la movilización de los trabajadores, pese a que estos ya conocían los daños que el asbesto ocasionaba por un saber empírico, no científico, la experiencia de ver a los compañeros y a sí mismos enfermar y morir (Mazzeo, 2017; San Juan & Muñoz, 2013).

La AMC apuesta por una mirada dialéctica de los procesos de salud-enfermedad como hechos sociohistóricos articulados al sistema económico capitalista. Las ERA no son únicamente hechos biológicos ni resultan de una exposición fortuita a este mineral, sino que son producto de relaciones de producción que buscaban obtener las mayores ganancias de la explotación de la mano de obra en fábricas y minas de asbesto. Mazzeo (2017) y San Juan y Muñoz (2013) han documentado las largas jornadas laborales, con turnos de más de 10 horas diarias, incluyendo fines de semana, que los extrabajadores justificaban como "buenos trabajos" cuando comparaban sus salarios con los que obtenían como jornaleros o campesinos. La industria del asbesto les pagaba el salario puntualmente, y les regalaba sobras de asbesto que usaron para construir sus casas y rellenar las calles de sus barrios, sin saber que con esto estaban contaminando su ambiente. En Navidad regalaba canastas con víveres, construyó escuelas y consultorios médicos en las zonas aledañas a las fábricas y minas de asbesto, donde los obreros y mineros se asentaron con sus familias y muchos de ellos todavía residen porque no tienen a donde ir. En sociedades tan desiguales como las latinoamericanas, los salarios y donaciones de la industria del asbesto fueron bien recibidos por los trabajadores y sus familias, para quienes responsabilizar a las empresas no fue fácil. Así, la industria del asbesto es un claro ejemplo de la ética productivista del capitalismo "que enfatiza la búsqueda de ganancias, el aumento de la producción de mercancías y la búsqueda de nuevos mercados... [en] un sistema mundial de intercambio desigual entre países desarrollados y subdesarrollados (Baer, 1996: 135). La histórica relación

colonial con Europa se actualiza en esta transferencia de empresas peligrosas al sur global, mientras en este continente empezaba a prohibirse el asbesto, en América Latina y otras regiones se incrementaba su consumo. Esto lo ha observado Waldman (2011) en India y Sudáfrica, donde "las innovaciones científicas y la creciente concienciación sobre los peligros del asbesto no estaban al alcance de todos por igual, ya que los procedimientos de seguridad del asbesto se reconocían en el Reino Unido pero se ignoraban flagrantemente en las antiguas colonias o países en desarrollo" (2011: 9).

La implementación de políticas públicas puede reducir los daños. En países que lo prohibieron en los años 80, como Suecia y Países Bajos, las tasas de MPM han disminuido de manera sostenida los últimos 30 años, mientras que en los países donde está permitido hay evidencia de un número creciente de casos (Frank & Joshi, 2014). La prohibición en 57 países ha reducido el consumo de asbesto en el mundo; sin embargo, hasta 2014 todavía se consumían dos millones de toneladas que ocasionarán futuras olas de MPM en países como India, actualmente entre los mayores consumidores (Frank & Joshi, 2014). En este sentido, la producción de ERA, como el MPM, también es producto político, donde los estados tienen la responsabilidad de evitarla.

Las dificultades en el acceso a atención médica y a una pensión para los afectados

Una de las características centrales de la AMC es el énfasis que pone en el análisis de los sistemas médicos en su interrelación con estructuras político-económicas (Baer et al., 1986). Una mirada desde la economía política de la producción de ERA revela que la narrativa médica-científica que dominó durante mucho tiempo ocultó los intereses del negocio internacional del asbesto (Waldman, 2011), esto tuvo repercusiones en las grandes dificultades que las personas afectadas por ERA tienen para recibir atención médica y una pensión por incapacidad. Uno de los principales problemas es el no reconocimiento de estas enfermedades. Esto se observó en Inglaterra durante la década de 1930, cuando los estudios clínicos solo determinaban la relación entre la exposición al asbesto y el desarrollo de asbestosis, dejando fuera al cáncer de pulmón y al MPM que tardarían varias décadas en ser reconocidas como enfermedades ocupacionales (Navarro-Vargas & Villamizar, 2019). Otro problema ha sido la falta de datos sobre las ERA, que en muchos países todavía no se cuentan, o las estadísticas tienen muchas deficiencias, lo cual es responsabilidad de los sistemas de salud, pero también refleja una falta de interés por parte de la comunidad académica que no se acerca a este tema.

Por ejemplo, en México, hay trabajos sobre asbestosis de las décadas de 1960 (Castellano, 1960; Hernández, 1963, citado en Gavira et al., 1990) y de 1970 (Lujan,

1977, en Gavira et al., 1990), pero el MPM tendrá que esperar hasta la década de 1980 para despertar el interés de la comunidad médica. El trabajo de Gavira (et al., 1990) consistió en una búsqueda intencionada de casos de mesotelioma en instituciones públicas de salud de la Ciudad de México, resultando 52 casos de mesotelioma pleural y 2 de mesotelioma peritoneal en el periodo 1980-1985, la gran mayoría entre hombres (72.4%) jóvenes (48.2% menores de 50 años). Este trabajo remarca que la Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no reportó ningún caso en el periodo 1980-1984, aun cuando el 40% de esos casos fueron atendidos en el Hospital de Oncología de este instituto. Los investigadores lograron contactar a 16 de los casos de mesotelioma, en 11 de los cuales pudieron comprobar el antecedente de exposición al asbesto. Además, el estudio revela que en el 11 Seminario de Enfermedades del Trabajo celebrado en 1986, la Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo del IMSS mencionó la existencia hasta esa fecha de cinco mesoteliomas en todo el país, cantidad muy por debajo de la encontrada en el estudio. En este seminario había un representante de la Asociación de Fabricantes de Asbesto Cemento de México, quien mencionó que desde su instalación y hasta ese momento registraron solamente ocho casos de mesotelioma, que representaban apenas el 9% de los encontrados por Gavira (et al., 1990), es decir, ocultó el 91% de los casos de mesotelioma. Estudios posteriores en México han estimado que el subregistro de defunciones por MPM es de alrededor del 70% (Aguilar-Madrid et al., 2010).

La falta de datos sobre MPM y asbestosis ha sido uno de los argumentos de la industria del asbesto para negar el problema. Para Algranti (et al., 2019), la falta de datos no es sinónimo de ausencia de enfermedades, sino un problema de falta de acceso a un diagnóstico adecuado y la falta de registro en los sistemas de información en salud.

Este problema se ha observado en Colombia. Navarro-Vargas y Villamizar (2019) en su artículo *El largo y sinuoso camino de la enfermedad laboral en Colombia, El caso de la asbestosis* describen puntualmente la serie de dificultades burocráticas del sistema de salud que los trabajadores colombianos deben enfrentar para tener acceso a una pensión por incapacidad por asbestosis, un derecho que les es denegado sistemáticamente. En 1998 se creó en Colombia la Comisión Nacional de Salud Ocupacional del Sector Asbesto, que en 2008 se convirtió en la Comisión Nacional de Salud Ocupacional del Asbesto Crisotilo y otras Fibras. En 2007, el Ministerio de Salud entregó al Sistema Integral de la Seguridad Social cinco *Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia (GATISO)*, una de ellas sobre *Neumo para silicosis, pneumoconiosis del minero de carbón, y asbestosis*. A pesar de la existencia de dicha Comisión y la GATISO sobre asbestosis, Colombia no

cuenta con especialistas en el diagnóstico de las ERA, lo que complica la aplicación de la GATISO. En este país el acceso a los servicios de salud está mediado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), instancia que determina que la enfermedad es o no de origen laboral. En primera instancia, un médico general atiende al paciente y tiene que derivarlo al neumólogo si descubre síntomas asociados a ERA. El neumólogo, a su vez, solicitará una placa de rayos X, que será realizada e interpretada por un radiólogo. No obstante, para ninguno de los especialistas es obligatorio preguntar por los antecedentes laborales del paciente. Aunque en la actualidad la tecnología médica dispone de métodos diagnósticos más precisos (fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar, biopsia, ecocardiograma, espirometría, pruebas de esfuerzo, gasometría arterial, capacidad de difusión pulmonar para monóxido de carbono y TAC de tórax), se sigue usando la placa de rayos X que tiene una sensibilidad muy baja, comparada con otros exámenes clínicos, que coadyuva a que el diagnóstico por asbestosis se demore o descarte.

Si los equipos interdisciplinarios de las juntas de medicina laboral de la EPS llegan a diagnosticar una asbestosis y, por ende su condición de enfermedad laboral, la órbita del tratamiento y su compensación económica por la pérdida de capacidad laboral que genera, se traslada al terreno de las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), siendo mediadas estas disputas médico-legales por las Juntas Regionales y Nacionales de Calificación de Invalidez.

En la mayoría de los casos, la respuesta de las ARL frente a los dictámenes de las EPS, consiste en no aceptar la competencia de las patologías reportadas debido a que no cumplen –según ellos– con los criterios definidos por la legislación colombiana para ser calificadas como enfermedades laborales (Navarro-Vargas y Villamizar, 2019: 236).

Normatividades que no se cumplen (la GATISO para asbestosis), falta de médicos entrenados para detectar ERA, EPS que recurren a métodos diagnósticos menos precisos (rayos X) que otros, y ARL que no quieren pagar pensiones a edades tempranas porque puede implicar una erogación por varios años, constituyen una cadena de negligencias del sistema de salud que deviene en injusticia social cuando niega el acceso a los derechos que por ley corresponde a los afectados. Esto también ocurre en Chile, donde la Mutual de Seguridad solo exenta de los pagos de la atención médica por ERA a los trabajadores, que al haber manipulado ese mineral entran en la categoría de enfermedad profesional, excluyendo a sus familiares que no entran en la definición por no haber trabajado en el sector (Silva González, 2022). La exclusión de los expuestos de forma indirecta al asbesto ya sea por

relación familiar o por exposición ambiental, es un vacío legal que ocasiona sufrimiento y contribuye a la muerte temprana de las personas afectadas por ERA en sistemas de salud privatizados como el chileno.

En Brasil, la existencia del Sistema Único de Salud (SUS), que es de acceso universal, permite la atención médica de los afectados por ERA sin mediar tantos trámites burocráticos. Sin embargo, tampoco hay estadísticas oficiales confiables de enfermedades ocupacionales en el sistema de Seguridad Social, lo cual fue problemático para justificar la necesidad de la prohibición del asbesto en el país. Para demostrar que sí hay afectados por ERA, la Asociación Brasileña de Personas Expuestas al Asbesto (ABREA), fundada en 1995, inició su propio trabajo de monitoreo y vigilancia de salud logrando que se reconozcan al menos 2,500 víctimas en el país, a través de procesos de reparación judicial y extrajudicial, sólo en empresas multinacionales de asbesto-cemento y mineras (Castro et al., 2003).

La falta de datos epidemiológicos sobre las ERA es responsabilidad de los sistemas de salud que no hacen el diagnóstico, en los casos de Chile y Colombia para evitar el pago de la pensión por incapacidad, pues la asbestosis es una enfermedad crónica, porque no tiene cura y va deteriorando el sistema respiratorio del paciente hasta que no es capaz de respirar y muere "por falta de aire" (Mazzeo, 2017). El MPM es un cáncer muy agresivo, sin probabilidades de curación, que también ocasiona dificultades respiratorias y dolor torácico. Además, el ejemplo de Colombia elucida que la falta de entrenamiento de los médicos y los métodos diagnósticos usados evitan su identificación. Estas incertidumbres científicas, que Mazzeo observa en la falta de datos sobre asbestosis y MPM, contribuyen a lo que denomina como "legitimación del sufrimiento" (2017: 25). A esto agregaremos el hecho de que durante mucho tiempo se negó la relación entre la exposición al asbesto y el desarrollo de otros tipos de cáncer (pulmón, laringe y ovarios), así como la falta de reconocimiento de los afectados por contaminación familiar y ambiental. El sufrimiento se construye socialmente, desde el ocultamiento, la negligencia y la violación de los derechos de los afectados. El ejemplo del asbesto reitera que el sufrimiento es una experiencia individual que se vive en el cuerpo con asbestosis o MPM, en la dificultad respiratoria y el dolor que ocasionan; a su vez que es una experiencia colectiva, porque las instituciones niegan el acceso, aumentando el dolor psicológico, la frustración y el coraje de los afectados. El sufrimiento social se refiere a "lo que el poder político, económico e institucional hace a las personas y, recíprocamente, de cómo estas mismas formas de poder influyen en las respuestas a los problemas sociales" (Kleinman et al., 1997, p. ix, en Mazzeo, 2017: 20). Este sufrimiento colectivo detona la movilización de las personas que lo experimentan, como se ve a continuación.

La lucha como una forma de agenciamiento de los afectados

Volviendo al concepto de salud que propone la AMC, un componente muy importante es la lucha porque sólo por medio de esta ha sido posible incidir en los determinantes del acceso a los sistemas de salud y dar forma a sus instituciones (Baer et al., 1986). Numerosos ejemplos nos recuerdan que el derecho a salud ha sido ganado por medio de la lucha organizada que muchos colectivos han sostenido durante largo tiempo, algo que se ilustra muy bien en la construcción del SUS en Brasil, donde la sociedad civil tuvo un papel fundamental al situar este derecho a la salud dentro del discurso de la democracia (Berkman et al., 2005).

El análisis de las ERA requiere observar las interacciones entre proveedores de salud y pacientes, las experiencias de sufrimiento de los últimos y las luchas que han impulsado para afrontar y resarcir los daños (Baer et al., 1986). Estas luchas emergen de un sufrimiento que ha sido socialmente experimentado y producido estructuralmente (Mazzeo, 2017: 89); es decir, las luchas articulan la dimensión político-económica con la dimensión subjetiva e intersubjetiva del problema. Aunque esta mirada nos obliga a situarnos en contextos particulares, es posible identificar algunos patrones.

En los países analizados observamos dos tipos de luchas, una encabezada por trabajadores activos que por la naturaleza de sus actividades están expuestos al asbesto, que han utilizado su sindicato como una plataforma para organizarse y exigir condiciones de trabajo que disminuyan el riesgo de ERA, es el caso de los Metrodelegados (Argentina) y Trabajadores Unidos contra el Asbesto (TUCA, Chile). Otro tipo de lucha es la encabezada por los afectados por ERA, quienes se expusieron al asbesto décadas atrás, que no se encuentran activos laboralmente ni pertenecen a sindicatos porque éstos ya no existen, porque las empresas desaparecieron o ellos están retirados. Este es el caso de ABREA (Brasil), Asociación Chilena de Víctimas del Asbesto (Chile) y Asociación de Trabajadores, extrabajadores, pensionados y sustitutos de la Empresa Colombit (AsoColombit, Colombia). El primer tipo se sitúa dentro de las reivindicaciones de salud en el marco de las luchas obreras organizadas en torno a un sistema de representación colectiva como es el sindicato, desde donde denuncian condiciones laborales que los ponen en riesgo. Mientras que el segundo tipo se trata de "asociaciones de trabajadores enfermos... que, rompiendo con los modelos marxianos o polanyianos, se moviliza y protesta en la actualidad en razón de la marginalización y exclusión del sistema capitalista" (Silver, 2016, en Gallo & Castaño, 2016: 25). Scavone, Gianassi y Thébaud-Mony (2002) los denominan "movimientos alternativos de víctimas de asbesto" porque su movilización revela una nueva forma de hacer política, luchas encabezadas por personas excluidas del sistema de

dominación: los viejos, los enfermos, los desempleados y los retirados-jubilados.

En América Latina, estas luchas comenzaron cuando aún operaban las fábricas y minas, como en los casos de Brasil y Colombia, pero no prosperaron debido a la falta de apoyo de los sindicatos, que se rehusaban al cierre de la industria (Torres Tovar, 2020; Mazzeo, 2017). En el caso de Chile, el Sindicato N° 1 de Trabajadores Pizarreño S.A., al que pertenecieron los trabajadores de la empresa Sociedad Industrial Pizarreño S.A, se debilitó con la represión de Pinochet en la década de 1980, hasta que se desintegró, por lo cual la lucha contra el asbesto no se dio en el contexto laboral o sindical, sino medioambiental. Los vecinos de las villas de los alrededores de la fábrica en 1998 crearon el Comité de Víctimas del Asbesto, que en 1999 cambió su nombre a Asociación Chilena de Víctimas del Asbesto, con la finalidad de iniciar un proceso judicial en contra de la empresa Pizarreño por las defunciones y enfermos por ERA. Esta acción no prosperó, pero en junio de 2003 lograron la ejecución del Proyecto Remediación Áreas Contaminadas con Asbesto en Villa Pizarreño, con el que se removieron los suelos de 47 casas; estudios posteriores indicaron que aún hay presencia de asbesto en la zona (San Juan & Muñoz, 2018).

La empresa de asbesto cemento *Colombit S.A.* inició operaciones en 1967 como parte del grupo Eternit. Los trabajadores que desarrollaron ERA solicitaron la pensión especial de vejez, un derecho garantizado por la ley colombiana para quienes han realizado trabajos de alto riesgo que, como describimos antes, se les niega sistemáticamente. Esto los ha llevado a los juzgados, que también han fallado en su contra. Estas injusticias sociales impulsaron la formación de la *AsoColombit* que se ha centrado en localizar a los trabajadores afectados, orientarlos en la elaboración del expediente médico-laboral que demuestre a las entidades de la seguridad social el origen laboral de las patologías y así obtener las respectivas compensaciones asistenciales y económicas (Torres-Tovar, 2020). En algunos casos es necesario hacerlo por la vía judicial. El dirigente de *AsoColombit* realiza de forma personal estas gestiones, tanto la vía administrativa como la judicial, y los costos de los estudios médicos y los procesos judiciales deben ser cubiertos por los afectados, por lo cual su impacto es limitado.

Aunque los sindicatos de las empresas de asbesto de Brasil se negaron a apoyar la lucha contra el asbesto, otros sindicatos lo harían (la Central Unitaria de los Trabajadores y Fuerza Sindical), y con el apoyo de la Fundación Jorge Duprat Figueiredo para la Seguridad y Medicina del Trabajo y el impulso de las víctimas crearon en 1995 ABREA. Desde sus inicios ABREA apoyó la formación de una red mundial de activistas contra el asbesto, la Secretaría Internacional para la Prohibición del Asbesto (en inglés IBAS), y la Red Ciudadana Virtual para la Prohibición del Asbesto en América Latina (Castro

et al., 2003), gracias a las cuales la lucha ha adquirido un carácter transnacional. ABREA se ha centrado en el registro de los afectados, su canalización a las instancias de salud correspondientes y la gestión de demandas judiciales con el apoyo de firmas de abogados que trabajan pro-bono.

Las luchas de *AsoColombit* y ABREA han sido fundamentales para lograr el reconocimiento de las ERA y la prohibición del asbesto en Colombia y Brasil, así como el acceso a atención médica y la indemnización o acceso a una pensión para las víctimas excluidas del sistema de trabajo. Sin embargo, una vez prohibido el asbesto los problemas continúan, por lo cual otras luchas han surgido en estos países, como las encabezadas por trabajadores: el Sindicato Regional de Trabajadores de la Empresa Nacional De Electricidad S.A. de Chile y el sindicato Metrodelegados de Argentina. La primera surgió debido a que el sistema de caldera y turbina de la Central Termoeléctrica Bocamina I fueron construidos con asbesto en la década de 1970, la cual el sindicato solicitó retirar en 2013, además que solicitó un Programa de Vigilancia Epidemiológica para los trabajadores que estuvieron expuestos (Lincura Matamala & Díaz Crovetto, 2021). Un año después se realizó la desasbestización de la termoeléctrica, pero la empresa encargada lo hizo sin atender a los protocolos y medidas de seguridad que exige la manipulación del asbesto, poniendo en riesgo la salud de los trabajadores. Así surgió *Trabajadores Unidos Contra el Asbesto*, para “conseguir una indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual en contra de las empresas responsables, antes de que los delitos prescriban en el tiempo” (Lincura Matamala & Díaz Crovetto, 2021: 74).

La Asociación Gremial de Trabajadores del Subterráneo y Premetro (AGTSyP, también llamados Metrodelegados) es uno de los sindicatos de Subterráneos de Buenos Aires Sociedad del Estado. Su lucha contra el asbesto comenzó en 2018 cuando el sindicato supo que un extrabajador del metro de Madrid falleció por contacto con este mineral. Sabedores de que algunos trenes del subterráneo de Buenos Aires habían sido comprados a España en 2011, sospecharon que podían contener asbesto. De inmediato el sindicato resolvió hacer retención de tareas, y solicitó a la Dirección General de Protección del Trabajo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) exámenes para descartar el asbesto en los trenes. Al mismo tiempo, el sindicato pagó con sus propios recursos a la Universidad Nacional del Sur por estudios que determinaron que efectivamente había presencia de asbesto en varias de las líneas del metro (Afarian, 2020). Con esta evidencia el sindicato se dirigió a la Defensoría del pueblo de CABA, al Ministerio de Salud de la Nación, al Ministerio de Salud de CABA y a la Organización Internacional del Trabajo para exigir la desasbestización del metro, así como la vigilancia médica para quienes trabajaban con los trenes contaminados (Asbesto en el Subte, s.f.). Aunque

inicialmente la empresa del metro negó la presencia de asbesto, finalmente tuvo que reconocerlo. De forma conjunta, la comisión que integraron la AGTSyP, Metrovías y Subterráneos de Buenos Aires Sociedad del Estado (SBASE), la Defensoría del Pueblo, las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART), la Subsecretaría de Trabajo de la Ciudad de Buenos Aires y la Agencia de Protección Ambiental (APRA) elaboraron el *Plan de Gestión Integral de Asbesto de la Red de Subte*. Numerosos trenes se sacaron de circulación; sin embargo, el protocolo no se cumplía cabalmente, por lo que el sindicato decidió retener tareas de forma definitiva, negándose a manipular piezas contaminadas, hasta que los trabajadores finalmente fueron reubicados a otras áreas. La lucha del sindicato también se abocó al reconocimiento de los trabajadores como expuestos al asbesto, logrando el ingreso de 1747 de ellos al Relevamiento de Agentes de Riesgo (RAR) (Asbesto en el Subte, s.f.), lo cual es importante porque establece una responsabilidad legal para las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) que deberán asumir la reparación económica en caso de afectación; a su vez, garantiza la realización de exámenes médicos periódicos para el personal expuesto, que una jueza determinó que se aplique para quienes han trabajado en las áreas contaminadas durante los 40 años previos (Afarian, 2020).

Aunque son organizaciones de diferente tipo, el trabajo realizado por estas asociaciones y sindicatos coincide en que, además de reclamar su derecho a la salud, y su derecho a vivir y trabajar en un ambiente sano, es un reclamo a las empresas y a los estados por la negligencia ante los riesgos y su indolencia ante el sufrimiento de los afectados por el asbesto. Las personas organizadas en colectivo demuestran la importancia de la agencia humana como un factor de transformación de los sistemas socioculturales existentes que ponen en peligro tanto al medio ambiente como a la salud humana por su énfasis en la ética de la productividad (Singer, 1993, citado en Baer, 1996: 139). Estas luchas nos recuerdan que los objetivos productivistas no deben estar por encima de las necesidades humanas (Baer, 1996).

El poder de las instituciones puede parecer total y avasallante, como lo demuestran las negativas a otorgarles la atención médica o la pensión, son violencias institucionales que reflejan relaciones sociales asimétricas (entre proveedores de servicios y usuarios). Pero, además del papel de estas estructuras, también debemos observar las prácticas que las personas están desarrollando en este marco de interacciones, y que se expresan en ciertos patrones de cooperación, reciprocidad y solidaridad que constituyen la otra cara de la moneda del bienestar social que les ha sido negado y al cual aspiran (Ortner, 1984). La etnografía nos ayuda en esta tarea ya que “es nuestra ubicación “sobre el terreno” lo que nos coloca en posición de ver a las personas no simplemente como reactores pasivos y ejecutores de algún “sistema”, sino

como agentes activos y sujetos de su propia historia” (Ortner, 1983: 143).

Este hacer de los afectados por exposición al asbesto no ha surgido de la noche a la mañana, sino que es resultado de un proceso histórico, en el que intervienen varios factores. En el caso de ABREA, Mazzeo (2017) enfatiza tres: la Teología de la Liberación en los procesos de concientización de los obreros de las fábricas de asbesto sobre las relaciones de opresión y explotación como expresiones de injusticia social; la pedagogía de Paulo Freire, crítica a la vez que esperanzadora, que alimentaba la resistencia; y la influencia de las luchas obreras europeas que, llevadas a Brasil por algunos obreros migrantes, fueron uno de los frentes de resistencia contra la dictadura brasileña y un impulso a la democratización del país. La lucha de Metrodelegados se da en el seno de una organización que se ha opuesto férreamente a las políticas neoliberales implantadas en la década de los 80’s en Argentina que atentan contra sus derechos laborales, y que ha colocado la salud de los trabajadores en el centro de sus demandas (Afarian, 2020). En los casos de la Asociación Chilena de Víctimas del Asbesto y AsoColombit no conocemos otros factores que influyeron en su lucha, más allá de la conciencia sobre el propio deterioro de la salud a causa del asbesto, o reflexividad en palabras de Zapata (2017), y la frustración ante la negligencia de las instituciones, pero habría que estudiarlos más. Lo que es interesante es que la ideología dominante, que sostenía que los trabajos que daba la industria del asbesto eran ideales por los salarios y otros beneficios, fue superada por la toma de conciencia sobre el problema, se dio un proceso de ruptura de la hegemonía, en tanto sistema de significados y valores como expresión o proyección de un interés de clase (William, 1977, en Ortner, 1984: 149), el de los empresarios del asbesto. Después de esta toma de conciencia ya no hubo vuelta atrás, de ninguna manera se ha justificado la industria del asbesto y los daños que ha ocasionado.

Esta toma de conciencia es positiva porque alerta de los riesgos, pero conlleva componentes negativos: el del miedo y la incertidumbre, porque desarrollar una ERA es una posibilidad latente que se confirma o se descarta con los exámenes médicos, por lo cual hacérselos genera angustia (Afarian, 2020), ocasionando que a veces se posterguen, o bien, que se nieguen los síntomas que podrían indicar una ERA (Mazzeo, 2017). También la desidia de las instituciones genera incertidumbre porque, en los casos en que el asbesto ya había sido prohibido desde hace décadas (como en Chile y Argentina), las normas y protocolos no se han aplicado y han sido los mismos trabajadores quienes lo han denunciado y obligado a las instituciones a hacer su trabajo, ocasionando que desconfíen de ellas en la labor de desasbestización (Afarian, 2020; Lincura Matala y Díaz Crovetto, 2021). Además esta incertidumbre se vive de forma colectiva porque el problema no es personal, sino

que implica a familiares o compañeros de trabajo.

Otro elemento importante de la agencia se refiere a las prácticas sociales e individuales que se han desarrollado para cuidar de los cuerpos enfermos. La corporalidad le da materialidad a la lucha, por un lado, a través de acciones orientadas a la recuperación, como acudir a las citas médicas, hacerse estudios clínicos o someterse a los tratamientos; además de otras acciones más profanas (Zapata, 2017). Por otro lado, la corporalidad se da en las interacciones con los otros a través de acciones orientadas al cuidado de los compañeros y compañeras de lucha (Mazzeo, 2017), ya sea acompañándolos a sus exámenes médicos como hace ABREA de forma rutinaria, orientándolos para superar las burocracias del sistema de salud colombiano, o determinando que los trabajadores del metro de Buenos Aires realicen una retención de tareas para evitar su exposición al riesgo. Las luchas colectivas contra el asbesto no han logrado su erradicación en los contextos estudiados, pero las acciones locales emprendidas demuestran que el cambio social requiere de las organizaciones de base.

Conclusiones

El objetivo de este artículo fue ilustrar el potencial de la AMC para el estudio de los conflictos por asbesto en América Latina desde tres dimensiones de análisis. En primer lugar, se ha hecho una reconstrucción histórica de las formas de operación de la industria del asbesto, su influencia entre la comunidad científica internacional que retrasó el reconocimiento de la carcinogenicidad del material, y el incremento del consumo en América Latina cuando en Europa empezaba la prohibición. En segundo lugar, se ha elucidado el papel de los sistemas de seguridad social en la invisibilización y la obstrucción de la atención médica de las ERA, que repercute en la falta de acceso a una pensión por incapacidad, ocasionando sufrimiento a los afectados. Finalmente se han descrito algunas de las prácticas que las personas afectadas han realizado con el afán de reclamar justicia, pero que trascienden la arena política de la lucha por judicializar sus derechos y abarcan el cuidado de los otros compañeros de lucha. En este punto también se elucidó que la toma de conciencia es un proceso construido históricamente, que ha sido fundamental para la lucha, pero no deja de ocasionar sufrimiento por la incertidumbre de padecer una ERA o de no obtener una respuesta de las instituciones.

Este análisis ha implicado recurrir a la historia, que “no es simplemente algo que le pasa a la gente, sino algo que ellas hacen, dentro, por supuesto, de las poderosas limitaciones del sistema dentro del cual están operando” (Ortner, 1984). Este sistema es el modelo económico capitalista que se guía por la ética de la productividad a costa de la explotación y muerte de las personas, que permite que la industria del asbesto persista a pesar de la evidencia de su nocividad.

La mirada crítica que subraya el papel de las fuerzas económicas y políticas y su carácter global es un acercamiento teórico y aplicado necesario (Witeska-Młynarczyk, 2015) en el sentido de que esas fuerzas no son entes abstractos sino relaciones sociales (Ortner, 1984) que involucran a personas que toman decisiones que afectan a otras personas, que vulneran sus derechos y enferman sus cuerpos, llevándolos a la muerte (Muñoz, en prensa). Desde la AMC se busca reducir el sufrimiento y recuperar la salud garantizando el acceso a los recursos que la procuran como una forma de justicia social (Baer et al., 1986). Hay responsables de estas acciones negligentes en torno al uso del asbesto en el mundo, que tendrían que saldar sus cuentas algún día. Esperemos que no sea muy tarde para los afectados.

Ciudad de México, 22 de abril 2023

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (México) por el financiamiento otorgado en el marco de los Proyectos Nacionales Estratégicos (PRONACES) sobre Agentes Tóxicos y Procesos Contaminantes para la realización del Proyecto Nacional de Investigación e Incidencia 319014 “*Abordaje transdisciplinario de la epidemia de mesotelioma maligno pleural por exposición al asbesto en la comunidad de San Pedro Barrientos*”.

Bibliografía

- Afarian, J. (2020). El asbesto en el Subte de la Ciudad de Buenos Aires, Esperas, salud y conflicto colectivo de trabajo. *Avá*, (36), 243-268. <https://www.redalyc.org/journal/1690/169070261011/html/>
- Aguilar-Madrid, G., Robles-Pérez, E., Juárez-Pérez, C., Alvarado-Cabrero, I., Rico-Méndez, F. y Kelly-García, J. (2010). Case-control study of pleural mesothelioma in workers with social security in Mexico. *American journal of industrial medicine*, 53(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/ajim.20780>
- Algranti, E., Ramos-Bonilla, J. P., Terracini, B., Santana, V. S., Comba, P., Pasetto, R., Mazzeo, A., Cavariani, F., Trotta, A. y Marsili, D. (2019). Prevention of Asbestos Exposure in Latin America within a Global Public Health Perspective. *Annals of global health*, 85(1), 49. <https://doi.org/10.5334/aogh.2341>
- Asbesto en el Subte (s.f.). ¿Qué hicimos? [blog]. <https://asbestoenelsubte.com.ar/asbesto-que-hicimos.html>
- Baer, H. A. (1996). Toward a political ecology of

- health in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(4), 451-454. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.4.02a00020>
- Baer, H. A., Singer, M. y Johnsen, J. H. (1986). Toward a critical medical anthropology. *Social Science & Medicine*, 23(2), 95-98. doi:10.1016/0277-9536(86)90358-8
- Berkman, A., Garcia, J., Muñoz-Laboy, M., Paiva, V. y Parker, R. (2005). A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS, Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *American Journal of Public Health*, 95, 1162-1172. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.054593>
- Carbone, M., Ly, B. H., Dodson, R. F., Pagano, I., Morris, P. T., Dogan, U. A., Gazdar, A. F., Pass, H. I. y Yang, H. (2012). Malignant mesothelioma: facts, myths, and hypotheses. *Journal of cellular physiology*, 227 (1), 44-58. <https://doi.org/10.1002/jcp.22724>
- Castellano, L., Enriquez, J. y Barron, D. (1960). Asbestosis. Estudio epidemiológico en una fábrica de artículos de asbesto cemento. *Época*, 2 (3), 557-566.
- Castro, H., Giannasi, F. y Novello, C. (2003). A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 903-911. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400013>
- Frank, A. L. y Joshi, T. K. (2014). The global spread of asbestos. *Annals of global health*, 80 (4), 257-262. <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.09.016>
- Furuya, S., Chimed-Ochir, O., Takahashi, K., David, A. y Takala, J. (2018). Global Asbestos Disaster. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 1000. <https://doi.org/10.3390/ijerph15051000>
- Gallo, O. y Castaño, E. (2016). La salud laboral en el siglo XX y el XXI: De la negación al derecho a la salud y la enfermedad. En O. Gallo y E. Castaño (Ed.), *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: De la negación al derecho a la salud y la enfermedad* (pp. 11-28). Escuela Nacional Sindical.
- Gavira, L., Marín, M. y Urtiaga, M. (1990). El asbesto y la salud en la ciudad de México: Un caso de transferencia del riesgo y del consumo. *Salud Problema*, 19, 31-45.
- Krieger, N. y Birn, A. E. (1998). A vision of social justice as the foundation of public health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1603-1606. doi:10.2105/ajph.88.11.1603
- Laurell, A. C. (1989). Social analysis of collective health in Latin America. *Social Science & Medicine*, 28(11), 1183-1191. doi:10.1016/0277-9536(89)90011-7
- Lincura Matamala, O. y Díaz Crovetto, G. (2021). Reconociendo "riesgos invisibles" en una "zona de sacrificio": el caso de la organización Trabajadores Unidos Contra el Asbesto (TUCA) de la comuna de Coronel, Chile. *Papeles De Trabajo*, (41), 59-94. <https://doi.org/10.35305/revista.v0i41.189>
- Luna García, J. E., Castro Fraume, C. J. C. y Villamizar, G. (2017). COLOMBIT: ¿Un caso de responsabilidad social frente al retiro del asbesto? En O. Gallo y E. Castaño (Ed.), *La salud laboral en el siglo XX y el XXI: De la negación al derecho a la salud y la enfermedad* (pp. 443-471). Escuela Nacional Sindical.
- Mazzeo, A. (2017). Movements and militant memory. *Ethnography and anti-asbestos activism in Brazil* [Tesis de Doctorado, Università di Bologna & Universidade de São Paulo]. http://amsdottorato.unibo.it/8093/1/mazzeo_agata_tesi.pdf
- Menéndez Navarro, A. (2012). La literatura médica española sobre los riesgos del amianto durante el franquismo. *Asclepio*, 64 (1), 7-36. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2012.v64.i1.511>
- Morsy, S. (1979). The missing link in medical anthropology: The political economy of health. *Reviews in Anthropology*, 6 (3), 349-363. doi:10.1080/00988157.1979.9977458
- Muñoz, R. (en prensa). Hacia una antropología médica de los actores que vulneran: de las estructuras sin sujeto a la vulnerabilidad relacional en salud. En P. Sesia, R. Muñoz y L. Berrio (Coord.), *Entre las estructuras y la agencia: múltiples vulnerabilidades y respuestas en la salud sexual y reproductiva*. Cuadernos del ISCO, Universidad de Lanús.
- Navarro Vargas, J. R. y Villamizar, G. A. (2019). El largo y sinuoso camino de la enfermedad laboral en Colombia, El caso de la asbestosis. *Medicina*, 41 (3), 231-240. <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1449>
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Asbesto crisotilo*. Departamento de Salud Pública,

- Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud (PHE), Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178803/9789243564814_spa.pdf;sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Preguntas frecuentes. <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Ortner, S. B. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative studies in society and history*, 26(1), 126-166. <https://www.jstor.org/stable/178524>
- San Juan, C. y Muñoz, T. (2013). *Fibras grises de muerte: El silencio del mayor genocidio industrial en Chile*. Unidos Contra el Asbesto.
- Scavone, L., Giannasi, F. y Thébaud-Mony, A. (2002). Asbestos diseases in Brazil and the building of counter-powers: a study in health, work, and gender [documento]. http://www.ibasecretariat.org/ls_fg_atm_counter_powers.pdf
- Shull, J. R. (1936). Asbestosis: A roentgenologic review of 71 cases. *Radiology*, 27(3), 279-292. <https://doi.org/10.1148/27.3.279>
- Silva-González, J. (s.f.). A más de 20 años de Miño: La estancada lucha contra el asbesto. *La Voz de Maipú*. <https://lavozdemaipu.cl/la-estancada-lucha-contra-el-asbesto/>
- Singer, M. y Baer, H.A. (1995). *Critical Medical Anthropology*. CRC Press.
- Torres Tovar, M. H. (2020). *Luchas obreras por la salud en Colombia, El caso de las asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/77727>
- Waldman, L. (2011). *The politics of asbestos, Understandings of Risk, Disease and Protest*. Earthscan.
- Witeska-Młynarczyk, A. (2015). *Critical Medical Anthropology, a voice for just and equitable healthcare*. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22 (2), 385-389. <https://doi.org/10.5604/12321966.1152099>
- Zapata, M. (2017). Importancia de la agencia y las prácticas corporales en la recuperación de las depresiones. (Con) textos: revista d'antropologia i investigació social, (7), 73-88. <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/20098/22241>