

Las caras de una moneda.

La epidemia de IRC en Nicaragua Occidental en el diálogo del Banco Mundial.

El presente texto se basa en "Epidemia en diálogo. Responsabilidad social corporativa en el contexto de la industria azucarera nicaragüense." (Tesis de máster en la Universidad de Viena, 2019) y se puso a disposición del colectivo RHIZOM para su traducción al español en el marco del proyecto "desde aquí. von hier aus".

Introducción.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad incurable cuya característica central es la pérdida gradual de las funciones renales. La progresión de la enfermedad se describe en fases, según el grado de disminución en la capacidad de filtración de los riñones. El deterioro de las funciones renales lleva a una concentración elevada de sustancias tóxicas en la sangre y provoca un desequilibrio de líquidos en el cuerpo. En esta fase, los pacientes sufren de náuseas, dolor e hipertensión. En su fase final, la IRC lleva a una insuficiencia renal aguda, después de la cual los pacientes se pueden mantener en vida sólo mediante diálisis o trasplante de riñón.

En mayo de 2014, me encontré frente al muro de una casa en Chichigalpa, en el oeste de Nicaragua, en la que alguien había escrito en pintura roja "Somos IRC". Hacía un calor sofocante, y me quedé confundido: Aunque la IRC era omnipresente en aquel lugar, a la mayoría de la gente no le gustaba hablar sobre el tema. Y si lo hacían, se contradecían en todos los puntos importantes: Había unos pocos cientos de personas enfermas, como máximo. – No, la mitad de los hombres ya tenían esta enfermedad que había causado miles de muertos desde los años 90... No se sabía nada sobre el curso de la enfermedad. – No, la enfermedad se estaba extendiendo y progresando de manera cada vez más rápida... Era por culpa de las condiciones de trabajo en las plantaciones. – No, las causas eran un misterio único en el mundo... Pocos meses antes, durante unas manifestaciones a las puertas del productor local de azúcar NSEL, hubo un trabajador muerto y un joven gravemente herido, y los ánimos estaban caldeados. Esto no sólo se expresaba a través de los lemas en las paredes de las casas, sino también en los rumores y las sospechas que acompañaban cada conversación sobre esta enfermedad. Los que atribuían la responsabilidad de la enfermedad a la empresa eran estafadores – los que la defendían, colaboradores corruptos. No era por casualidad que los fabricantes de ataúdes tuvieran las tiendas más bonitas de la ciudad: "Míralos bien y te darás cuenta que hay demasiados muertos". Varias ONGs, vinculadas a la investigación de este tema, informaron sobre "falsos voluntarios" que se les unían para espiarlas desde adentro, y sobre intrigas para expulsarlas del país.

En aquel tiempo, yo había venido a Chichigalpa para escribir sobre la auto-organización política de los trabajadores¹ respecto a temas de salud. El hecho de que no avanzaba en mis conversaciones me obligó a tomar un desvío, y comencé a leer sobre los trabajadores en las plantaciones del mundo y sus enfermedades, sobre la historia económica de Nicaragua, sobre Chichigalpa y el imperio económico de la dinastía Pellas, que tenía su origen en la fundación de Nicaragua Sugar (Nicaragua Sugar Estates Ltd. – NSEL) en el año 1890. Y otra vez me quedé confundido; Aunque Nicaragua Sugar, la empleadora más importante de la región, fue acusada públicamente de ser responsable de los casos de IRC en Chichigalpa, al principio no encontré

¹ En Chichigalpa, los que se habían enfermado de IRC fueron casi exclusivamente hombres que trabajaban o habían trabajado como cortadores de caña de azúcar.

ninguna declaración pública de la empresa que indicara que estaba en medio de una controversia en la que se le acusaba de haber causado miles de muertos por IRC. Por el contrario: según la empresa, se encontraba en un diálogo eficaz y sumamente fructífero con los representantes de los afectados por IRC, y estaban a punto de resolver el problema de la epidemia y de aclarar sus causas. Qué contradicción apasionante, pensaba yo: por un lado, los eslóganes en rojo en los muros y carteles de las calles, los murmullos de los muertos, los ataúdes pulidos en las vitrinas – por otro lado, la emblemática empresa nicaragüense en camino hacia otro éxito, y un "diálogo" en un ambiente en el que yo no podía percibir otra cosa que polarización, desconfianza y conflicto.

En este texto se presentarán algunas respuestas a esa contradicción. Relataré en él una pequeña parte de la larga historia de la epidemia de IRC en Chichigalpa, y explicaré cómo las iniciativas de responsabilidad social corporativa y los programas de mediación pueden tener éxito mientras en su entorno el desastre se está desarrollando.

Érase una vez en el Occidente ...

Una breve historia de los trabajadores de campo enfermos.

En Nicaragua, las disputas públicas sobre el vínculo entre el trabajo de campo y la enfermedad no eran nada nuevo. Las víctimas del escándalo del pesticida NemaGón habían luchado durante décadas por obtener indemnizaciones – tanto en la calle como en cortes y tribunales nacionales, extranjeros e internacionales. De hecho, hay algunas similitudes notables entre los/las bananeros/as estériles y enferm@s de cáncer y los trabajadores azucareros afectados por IRC. Todos ellos proceden de pueblos y ciudades de las grandes zonas de cultivo del occidente de Nicaragua y comparten, por así decirlo, una "cultura de protesta", cuyas actividades centrales consisten en largas marchas hacia la capital, manifestaciones y campamentos en lugares públicos para llamar la atención sobre los sufrimientos y las preocupaciones de la gente afectada. Eso es lo que une a las diferentes generaciones de trabajadores de campo enfermos. Los conecta tanto que, por ejemplo, cuando llegué a Managua en 2008, frente a la Asamblea Nacional todavía existía la Ciudad NemaGón, este gran campamento de protesta de l@s bananer@s, mientras que, en la Carretera a Masaya, los trabajadores azucareros de Chichigalpa ya habían montado sus tiendas de campaña. Los campamentos parecían ser este tipo de facetas cotidianas que llama la atención de los extranjeros y turistas, mientras que para los habitantes de la capital ya desde hace tiempo se habían convertido en parte de lo conocido y acostumbrado. Pero al mismo tiempo, algo nuevo estaba sucediendo: mientras una parte de los afectados por IRC en Chichigalpa organizaban marchas a Managua y levantaban campamentos de protesta, otros por primera vez se sentaban en una mesa con representantes de Nicaragua Sugar – en la "mesa de diálogo".

En aquel momento, las protestas que atribuían la responsabilidad de los casos de IRC a la empresa llevaban ya alrededor de una década. Ya en 1998, los trabajadores habían acusado a Nicaragua Sugar de haberlos enfermado por su inescrupuloso uso de pesticidas y fertilizantes. La base empírica de estas acusaciones, compiladas a lo largo de los años por los mismos enfermos, al principio consistía, por una parte, en testimonios individuales sobre la aplicación de productos agroquímicos sin jamás haber recibido ropa protectora, y, por otra parte, en listados en los que se recopilaban los nombres de los trabajadores muertos, cuyo número a lo largo del tiempo pasó de unos cientos a unos miles, y se documentaban sus relaciones laborales en la industria azucarera. Aunque los certificados de defunción emitidos por el Ayuntamiento de la ciudad de Chichigalpa no indicaban "IRC" como causa de muerte, sino que hablaban de insuficiencia orgánica, los activistas

no necesitaban más pruebas. Identificaron los síntomas en las mismas víctimas, que muchas veces eran conocidos entre sí, colegas o vecinos: dolor y calambres, náuseas, el olor a amoníaco de su piel. Desde el punto de vista de los trabajadores de campo, no se requería mucha imaginación para nombrar las causas, ya que todos los enfermos tenían una cosa en común: habían trabajado en las plantaciones de caña de azúcar durante muchos años. ¿Y acaso no es que los miles de bananeros que fallecieron en sus barrios o se iban consumiendo en la "Ciudad Nemaqón" de Managua habían sido envenenados también, por los pesticidas en el aire y el agua?

En los años 90, los trabajadores de campo del Ingenio San Antonio (ISA) vivían con sus familias en colonias obreras en los mismos terrenos del ingenio. Con la aparición de la epidemia de IRC, fueron reubicados – por ejemplo, a La Isla y a Candelaria, los dos barrios de Chichigalpa que diez años más tarde tuvieron el mayor número de casos. La empresa cuenta la historia de manera diferente: la reubicación de los trabajadores había sido imprescindible debido a las preocupaciones de seguridad laboral y la ampliación de los edificios de la empresa. Sin embargo, según una organización de afectados por IRC, la NSEL poco después empezó a analizar la sangre de los trabajadores de campo, con objetivo de determinar los niveles de creatinina sérica, lo que resulta muy útil para evaluar el rendimiento de los riñones (Rel-UITA 2006). Los que mostraban niveles elevados ya no fueron contratados por el Ingenio San Antonio.

En los años de protestas que siguieron, los trabajadores de campo enfermos, las "viudas por IRC" y otros familiares de los fallecidos dirigieron reclamaciones a los políticos nicaragüenses y a Nicaragua Sugar; exigieron indemnizaciones y la oportunidad de presentar demandas contra la empresa. En 2001, una investigación interna de los médicos del Ingenio San Antonio relacionó la IRC con las condiciones de trabajo durante la zafra: El estrés térmico y la deshidratación de los trabajadores, su posible exposición a pesticidas y el uso de analgésicos se relacionaron con el rápido aumento de las enfermedades (Rumporter 2018^a). De hecho, la investigación no se divulgó hasta años más tarde. En 2003, el Ingenio de San Antonio reformó su régimen de trabajo en el campo: los zafraadores, en vez de ser contratados por la misma empresa, fueron contratados indirectamente a través de agencias de trabajo temporal. Estos subcontratistas contrataron a los trabajadores de temporada bajo sus propias condiciones. En 2004, la organización de enfermos de IRC "Asociación Chichigalpa por la Vida – ASOCHIVIDA", posterior "socio de diálogo" de Nicaragua Sugar, fracasó en un juicio por el pago de indemnizaciones. Pero en el mismo año, las protestas de los trabajadores azucareros también tuvieron su mayor éxito: una enmienda al Código del Trabajo reconoció la IRC como "enfermedad relacionada con el trabajo" y permitió a los afectados solicitar una pensión estatal de invalidez. En consecuencia, el otorgamiento y pago de las pensiones se convirtió en otra área de conflicto, desplazando por un cierto tiempo el foco de la controversia a las autoridades nicaragüenses, particularmente al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social – INSS. Por último, una enmienda de 2008 vinculó el derecho a la pensión a un período mínimo de empleo, excluyendo de hecho a los trabajadores de temporada como los cortadores de caña. Este fue el momento histórico en el que comenzó el "diálogo" entre ASOCHIVIDA y la empresa NSEL.

Intervención de la CAO: Establecimiento de la "Mesa de Diálogo" en 2008.

El punto de partida del "diálogo" fue una reclamación que ASOCHIVIDA había presentado ante el Asesor de Cumplimiento / Ombudsman del Banco Mundial. Esta institución, conocida también como "CAO", es una entidad independiente dentro del Grupo del Banco Mundial y que supervisa

el cumplimiento de las directrices y normas internas de las suborganizaciones que invierten en agentes del sector privado. Uno de los agentes que se habían beneficiado de los préstamos del Banco Mundial fue precisamente Nicaragua Sugar: En 2006, la empresa había recibido un préstamo de 55 millones de dólares de la Corporación Financiera Internacional (CFI, o IFC, por sus siglas en inglés), una suborganización del Banco Mundial. El vínculo que a través del préstamo se había generado entre la CFI y la NSEL permitió a los ex trabajadores de campo y a las viudas por IRC de ASOCHIVIDA presentar su reclamación ante la CAO.

En marzo de 2008, con el apoyo de una ONG de Washington, la reclamación llegó a la oficina de la CAO. Su relevancia para la CAO consistía en su afirmación de que la CFI, por haber concedido un préstamo a NSEL, había incumplido su deber de diligencia y promovido prácticas comerciales antiéticas. "Antiéticas" por los "impactos en materia de salud, medio ambiente y medios de vida" (CAO 2008a: p. 1) en la población local causados por NSEL. Al igual que otros grupos en los que se habían organizado los trabajadores de las plantaciones que sufrían de IRC, ASOCHIVIDA también responsabilizó a la empresa NSEL de la aparición de la enfermedad: las causas se encontraban en las condiciones del trabajo de campo, los pesticidas, los fertilizantes o el agua envenenada. La oficina de la CAO admitió la reclamación y envió a parte de su personal a Nicaragua para hacerse una idea de la situación local. La delegación mantuvo conversaciones con representantes de la empresa, la junta directiva y los miembros de ASOCHIVIDA, y también con algunas personas del sector de la salud y de la política local. Después, resumió el conflicto en torno a la epidemia de IRC en Chichigalpa de la siguiente manera:

- Los enfermos de ASOCHIVIDA querían que la empresa mostrara más interés por el destino de sus ex trabajadores. Exigieron que se les proporcionara "un apoyo adecuado" a los afectados y que se determinaran las causas de la epidemia para poder evitar nuevos casos de la enfermedad.
- Los representantes de la empresa señalaron que no existían pruebas de un vínculo causal entre las prácticas de la empresa y la enfermedad. No obstante, desde la perspectiva de la empresa, estaban invirtiendo muchos esfuerzos en apoyar a los trabajadores afectados y en brindar asistencia de salud a sus empleados. La empresa "estaría dispuesta a respaldar investigaciones serias y sistemáticas" (p. 6) para poder determinar las causas de la enfermedad.

(CAO 2008a)

Los mediadores de la CAO subrayaron que había un interés explícito en ello, "el expreso deseo de un trabajo conjunto para resolver o mitigar preocupaciones mutuas" (ibíd., p. 5). El deseo común consistía en "[...] hallar la manera [...] para brindar el respaldo médico adecuado que necesitan quienes han sufrido los efectos de la IRC, y la manera de prevenir esta enfermedad" (ibíd., p. 6). De acuerdo con estas reflexiones, no pasó mucho tiempo y el "diálogo" y sus contenidos se establecieron también en la práctica. Se definieron los objetivos comunes:

1. „Identificar y abordar las causas de la IRC“
2. „apoyar a las comunidades locales donde exista una prevalencia de IRC“

(CAO 2008b: p. 1-2)

Estaban acompañados por un conjunto de normas, una especie de contrato que contenía restricciones destinadas a garantizar el éxito de la mediación. Esto se refería, por ejemplo, a la restricción del "diálogo" al tema de la "IRC" y a la prohibición de pasar por alto a los mediadores y continuar el conflicto de otra manera, como a través de los medios de comunicación o mediante otras reuniones. La propia CAO también se comprometió a no iniciar otro proceso paralelo relacionado con el mismo tema. Además, garantizó a las partes que no tendrían que temer verse envueltos en compromisos legales como resultado del "diálogo". En lugar de eso, sólo la "buena voluntad" debía ser la base de la cooperación conjunta (ibíd., p. 2).

Los siguientes pasos parecían ser evidentes: Dado que según los resultados de la investigación preliminar no se había realizado ningún análisis etiológico en el que ambas partes confiaban por igual, primero habría que definir las características que debería tener un análisis para que sus resultados fueran creíbles y aceptables para ambas partes, y luego ocuparse de que se llevaran a cabo. También sería necesario investigar las necesidades médicas de los enfermos para saber cómo poder ayudarles. Entonces, ¿acaso se ha acabado ya el tiempo de las protestas, durante de las cuales los enfermos de IRC apenas lograron hacer oír sus voces? Durante diez años, los trabajadores azucareros de Chichigalpa una y otra vez fracasaron con sus probadas estrategias de marchas, mítines y campamentos de carpas, siempre ignorados, postergados y marginados. La noticia sobre el "diálogo" con la empresa debe haber sido un inmenso alivio para mucha gente en Chichigalpa, al menos para los demandantes mismos. Mientras tanto, ya hubo el primer resultado del "diálogo", que consistía en el acuerdo de empezar "de cero" en lo que se refiere a las causas de la epidemia. El "estado de las cosas" anterior, los conocimientos existentes sobre la enfermedad y un decenio de historia de los conflictos, por el momento ya no tenían ninguna importancia. Pero, ¿qué fue lo que llenó su vacío en el "diálogo"?

Suministro – Parte I: Necesidades locales.

Una de las primeras contribuciones de ASOCHIVIDA como socia del recién iniciado "diálogo", fue poner a sus miembros a disposición de la llamada "evaluación de las necesidades". Se trataba de una recopilación de datos encargada por los mediadores de la CAO para aclarar cuál era la verdadera situación de los enfermos de IRC. El objetivo de la "evaluación de las necesidades" estaba ajustado al trabajo de la "mesa de diálogo". Se trataba de presentar posibilidades concretas para mejorar la atención médica de las personas afectadas por IRC:

- „[...] informar a los participantes de la mesa de diálogo de la CAO sobre las opciones que pudieran mejorar la atención inmediata y de largo plazo a las personas que padecen de IRC.“
- „Identificar los diferentes tratamientos [...] y el acceso que los miembros afectados de la comunidad tienen a esos tratamientos“
- „Sugerir las formas en que una mayor colaboración de parte de las entidades de salud pública, la NSEL y los miembros afectados de la comunidad pudiera servir para garantizar mejores servicios [...]“

(CAO 2009a: p. 2)

Los dos asesores sanitarios encargados de la realización de la encuesta, primero entrevistaron al personal médico y a personas clave del sistema de salud local para hacerse una idea de la

infraestructura médica de la región, los métodos de tratamiento usuales y los medicamentos utilizados. Sin embargo, también estaba previsto evaluar las preocupaciones y percepciones de las propias personas afectadas. En las entrevistas de grupo, los pacientes con IRC, las viudas y los parientes hablaron de sus problemas más urgentes y sus demandas más importantes. Para el informe final de la encuesta, se prepararon resúmenes de las declaraciones individuales. El informe presenta un panorama bastante sombrío de la situación:

"Aunque se reconoce como un problema mundial de salud, la insuficiencia renal crónica (IRC) ha estado arrasando la costa del Pacífico de Centroamérica con proporciones de epidemia [...] Al contraste, en los Departamentos del Pacífico de León y Chinandega, las regiones más afectadas, algunos estudios estiman que la tasa de mortalidad de IRC, las cuales casi se ha triplicado por causa de la IRC entre 1992 y 2002 [...] La elevada prevalencia de la IRC en esta región es muchas veces mayor que las tasas encontradas para hombres y mujeres estadounidenses y no es explicada por las etiologías acostumbradas, tales como la hipertensión y la diabetes. [...] La IRC es una enfermedad progresivamente mortal que no tiene cura. La mayor parte de los pacientes de IRC avanzan hasta la enfermedad renal en etapa terminal (ERET) y necesitan un transplante de riñón o una diálisis renal continua para sobrevivir. [...] Por el momento, en Nicaragua, la inmensa mayoría de pacientes con IRC no tiene acceso a ninguno de los tratamientos para la ERET. Como la etiología definitiva sigue sin determinarse, las únicas estrategias preventivas se ocupan de medidas generales para retardar el avance de la enfermedad [...]" (p. 1)

„[U]na experiencia que comúnmente contaban los pacientes con IRC era que los doctores, tanto en la clínica como en los hospitales, les dicen que no se puede hacer nada cuando se sienten enfermos." (p. 10)

"El personal médico que atiende a los pacientes de IRC confirmó que el sistema de salud pública es incapaz de ofrecer un suministro constante de medicamentos esenciales." (p. 11)

"Sin embargo, el principal problema inmediato es la incapacidad de los pacientes con IRC para pagar en las farmacias privadas las medicinas recetadas." (p. 12)

"Los pacientes con IRC se enfrentan a la combinación insostenible de necesitar ingresos para suplementar su mísera pensión (si es que siquiera la tienen) y saber que el trabajo duro y la exposición al sol ponen su salud directamente en peligro. [...] Con pensiones insuficientes o ausentes, falta de trabajo disponible e incapacidad de trabajar en el sol ardiente, los pacientes con IRC siguen estando en un dilema insoluble. [...] La falta de acceso a los recursos financieros adecuados sigue siendo un desafío clave que amenaza la vida de los pacientes de IRC y sus familias." (p. 14)

En Chichigalpa, el único centro médico local accesible para los pacientes de IRC es la clínica "Centro de Salud", cuyas capacidades están más que al límite a pesar de contar con una unidad especial de IRC:

"El Centro de Salud es la clínica de salud pública administrada por el MINSA en Chichigalpa. [...] Anexa al Centro de Salud se encuentra la pequeña clínica de IRC. [...] Fue construida por el INSS sólo para atender a pacientes con IRC, casi todos ellos ex trabajadores de la caña, cuyo número actualmente asciende a 1.500." (p. 14)

"Esto equivale a una carga diaria muy exigente de 40-50 pacientes entre dos médicos que atienden pacientes durante 1,5 horas cinco mañanas a la semana; el tiempo de la cita se limita, entonces, a menos de aproximadamente cinco minutos de contacto con el médico, en promedio. Los pacientes de IRC no son atendidos en el hospital del ISA, en donde solo los trabajadores activos reciben atención médica. Sin embargo, cuando se descubren niveles elevados de creatinina, los médicos del hospital del ISA redactan una nota de referencia para el trabajador dirigida al Centro de Salud." (p. 15)

"Actualmente, no existen servicios de diálisis en Chichigalpa y los pacientes con ERET deben ser referidos al Hospital España en Chinandega." (p. 22)

„Además de no tener acceso al tratamiento de su enfermedad en etapa terminal, los pacientes con IRC y sus familias también carecen de acceso a cualquier atención paliativa." (p. 25)

"Por el momento, los pacientes con IRC y sus familias están seriamente preocupados por su muerte inminente. Para empeorar el asunto, sus temores se intensifican al haber presenciado la muerte sumamente dolorosa y dramática de sus amigos y compañeros de trabajo. Actualmente, ven que la única opción de apoyo terminal que tienen es del Hospital España. [...] se dan cuenta de que probablemente su hospitalización va a ser la forma en que pasen sus últimos días. Y el costo de alimentar al resto de la familia que se queda a la cabecera del paciente en Chinandega es inasequible." (p. 26)

(CAO 2009a)

Estos extractos corroboran la impresión que los autores de la "evaluación" habían obtenido a través de sus conversaciones con los enfermos, sus familiares y los expertos locales. Se citan aquí de modo tan extenso, para dar una impresión de la profundidad que adquiere la epidemia de IRC en Chichigalpa como fenómeno social en esta descripción. Se hacen visibles los vínculos entre la epidemia, la pobreza, el trabajo de campo y la infraestructura: Existe una epidemia contra la que apenas hay opciones de tratamiento a nivel local. Pero incluso las pocas opciones de tratamiento que hay no están disponibles para los enfermos, porque son pobres. El único trabajo ampliamente disponible para los pobres es el trabajo de campo, especialmente la cosecha de caña de azúcar, prevista sólo para los varones. Cuando se enferman, pierden su trabajo, lo que agrava aún más la pobreza de los hogares, hasta llegar el punto en el que las familias tienen que decidir si compran alimentos o medicinas. En sus reflexiones detalladas sobre las entrevistas de grupo, el informe presenta también otras facetas de la epidemia, como las interpersonales. Los enfermos señalan, por ejemplo, que se sienten traicionados y abandonados por parte de su ex empleador, que desconfían de la Administración de la Seguridad Social y de los médicos del Estado, y que les falta el respeto y la atención por parte de las instituciones médicas. Y, además, sufren de no saber cómo romper este círculo y prevenir nuevas enfermedades.

Sin embargo, la "mesa de diálogo" en realidad no había pedido consideraciones tan detalladas: "mejorar la atención" y "garantizar mejores servicios", pues esos habían sido los objetivos. También se podría decir de otra manera: La crisis de IRC de Chichigalpa debería ser expresada como una cuestión de infraestructura y prestación de servicios, como un *problema de suministro* que, para el "diálogo", se pudiera desglosar en una serie de oportunidades de inversión. Al final, la evaluación de las necesidades volvió precisamente a tal representación: Por un lado, la "mesa de diálogo" debería proporcionar medicinas, alimentos y suministros médicos. Por otra parte, debería intentar crear nuevas oportunidades de ingresos e infraestructura médica a través de la colaboración con autoridades estatales. Así pues, la "encuesta de necesidades" sí presentó un resumen de las preocupaciones expresadas por los enfermos de IRC de ASOCHIVIDA y de una serie de problemas de infraestructura, pero al mismo tiempo los acortó, redujo e interpretó con el fin de obtener opciones idóneas para la "mesa de diálogo".

Suministro – Parte II: Ganadores desiguales.

Diversas solicitudes de suministro, que durante años y con resultados insatisfactorios se habían dirigido al Estado nicaragüense, ahora se podían dirigir a la "mesa de diálogo" y, por lo tanto, indirectamente a NSEL. La compañía, a su vez, decidiría a su propia discreción – recordamos: sin ninguna obligación legal – cuál de las demandas cumpliría. ¿Cuál fue la forma concreta de la ayuda prometida por la "mesa de diálogo" en aquel momento? En marzo de 2009, NSEL anunció que para el "Alivio a la situación de familias afectadas por IRC", por parte de los EE.UU. estaba

previsto un presupuesto de US\$ 300.000 por año. Se anunció que la suma se calculaba según el número de miembros de ASOCHIVIDA. En caso de un futuro crecimiento de su número, así la promesa a la junta directiva de la organización, el presupuesto podría extenderse a un total de US\$ 500.000 por año (CAO 2009b: p. 2). El presupuesto prometido habría que invertir, entre otras cosas, en bienes distribuidos directamente entre los miembros de ASOCHIVIDA en forma de donaciones en especie, concretamente en forma de alimentos y mochilas escolares. Además, estaba previsto mejorar el equipamiento del Centro de Salud mediante la adquisición de máquinas de hemodiálisis, medicinas y reactivos.²

Entretanto, quedó claro que la determinación de los participantes legítimos en el "diálogo", de los cuales ASOCHIVIDA representaba a los afectados por la epidemia, había sido una decisión muy trascendental. Pues con la introducción del esquema de donación resultó evidente que "las personas afectadas por la IRC", previstas como beneficiarios de la ayuda, en realidad eran los propios miembros de ASOCHIVIDA – no sólo estaban encargados de hablar en nombre de las personas afectadas por la IRC durante el "diálogo", sino que se convirtieron en *sinónimo exclusivo* de "las personas afectadas por la IRC". Esto causó algunos disturbios, porque, si bien las publicaciones del CAO no lo reflejaban directamente, siempre había un "exterior" de la "mesa de diálogo", y resultó que ahora, justamente en este "exterior", la mediación estaba sujeta a feroces hostilidades. Otras organizaciones de enfermos acusaron a ASOCHIVIDA de haber sido comprada y de hacer causa común con los causantes de la epidemia. Varias ONGs escépticas criticaron la persistencia de la empresa en negar cualquier responsabilidad por la epidemia, y los activistas se prepararon para presionar a Nicaragua Sugar, a través de una campaña de boicot en sus mercados. Con este telón de fondo, el "diálogo" entre ASOCHIVIDA y NSEL, dirigido por la CAO, y sus objetivos – el "apoyo a los afectados" y la "investigación de las causas" – tenían un potencial explosivo.

¿Pero es verdad que la relación entre los "socios de diálogo" era como los críticos la habían calificado? Como la palabra "diálogo" ya indica, según el documento constitutivo, las partes debían relacionarse a un nivel de respeto mutuo y, formalmente, tenían los mismos derechos y obligaciones en el proceso de mediación. No obstante, el "diálogo" les garantizaba la máxima flexibilidad, ya que en todo momento el carácter voluntario y la "buena voluntad" debían ser los fundamentos de la cooperación, y desde el principio estaba descartada la posibilidad de que surgieran obligaciones jurídicas para cualquiera de las dos partes por la información recibida y los acuerdos alcanzados en el "diálogo". Es posible que justamente este enfoque haya contribuido a crear la "buena voluntad" para la cooperación, asegurando que no habrían inconvenientes por fuera de lo previamente acordado. Pero, si se examina más detenidamente la situación, no parece que la organización ASOCHIVIDA haya ocupado su lugar en la "mesa de diálogo" por "buena voluntad", sino más bien por el deseo de prevenir la enfermedad, la miseria y la muerte en sí mismo y en los demás. El hecho, pues, de que uno de los "socios" se encontrara en una crisis existencial permanente y, por lo tanto, en una posición fundamentalmente diferente de la del otro, plantea la cuestión de, si acaso, la ausencia de toda "obligación legal" no había sustituido la tan necesaria seguridad de los más débiles por una nueva relación de dependencia; es decir, la dependencia de la "buena voluntad" del donante. Tal vez, la proclamación de igualdad en un entorno de desigualdad fundamental incluso haya exacerbado este desequilibrio.

² Aparte de eso, hasta el final oficial de la mediación de 2012, NSEL también invertiría en un proyecto de construcción de viviendas, un proyecto de microcréditos y una granja avícola para los miembros de ASOCHIVIDA. Además, el *Centro de Salud* local fue apoyado continuamente mediante donaciones. (CAO 2012)

El esquema de donación entre NSEL y ASOCHIVIDA soporta esta interpretación, ya que el "apoyo a los afectados" pronto se configuró como una parte que formula necesidades y otra que las satisface (o no). Pero al mismo tiempo, la transferencia de recursos cambió de forma duradera la posición de ASOCHIVIDA en Chichigalpa. Si bien la empresa se refirió a ASOCHIVIDA como "la organización de enfermos renales más importante del occidente de Nicaragua" (NSEL 2010a), antes de la fundación de la "mesa de diálogo" había que suponer que la organización representaba sólo una minoría de los afectados. En primer lugar, desde hace años que habían protestas de otros grupos e individuos, que ejercieron presión pública para que por fin se negociara con la empresa. En segundo lugar, las investigaciones disponibles sobre la región sugerían que el número de personas afectadas superaba considerablemente los entonces 600-700 miembros de ASOCHIVIDA. A través del trabajo de la "mesa de diálogo" y la distribución de donaciones, esto comenzó a cambiar: por un lado, la organización ganó prestigio gracias a las "exitosas negociaciones"; por otro lado, se dio el caso de que ahora, la membresía en ASOCHIVIDA prometía el acceso a donaciones de alimentos y material escolar. El acuerdo de la "mesa de diálogo" a este respecto anunció incluso más dinero si el número de miembros iba a aumentar. Y claro que aumentó: un año y medio después del inicio del "diálogo", el número de miembros de ASOCHIVIDA se había más que duplicado en comparación con 2008, y dos años más tarde casi se había cuadruplicado.³ Entretanto, gracias a su facultad discrecional en la admisión de nuevos miembros y en la negociación de sus derechos a las donaciones de la "mesa de diálogo", ASOCHIVIDA, el "socio pequeño", disponía de una posición de poder: el poder de elegir quién podía ser miembro y quién podía ser solicitante.

A pesar de la asimetría en la que estaba basado el esquema de donación, este esquema permitió a ambas partes presentarse como ganadoras. La economía político-moral de la "mesa de diálogo" producía ahora nobles donantes y beneficiarios ricamente regalados. Parecía un sistema estable en medio del actual conflicto por la epidemia de IRC en Chichigalpa. Cuando el equipo de mediación de la CAO planteó la posibilidad de incorporar también a otros actores a la mesa, los dos "socios de diálogo" se negaron unánimemente: sólo querían invitarlos "cuando la agenda de trabajo lo requiera" (CAO 2009c: 4).

La parcialidad de los hechos.

Sobre las investigaciones de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston acerca de la epidemia de IRC en Chichigalpa, 2009-2012.

Cuando en 2009 la "mesa de diálogo" empezó a abordar su segundo objetivo, la "investigación de las causas" de la epidemia de IRC en Chichigalpa, circulaban todo tipo de afirmaciones sobre esas mismas causas que, a grandes rasgos, pueden dividirse en tres grupos. Las afirmaciones del primer grupo implicaban que la IRC del occidente de Nicaragua no se diferenciaba de la insuficiencia renal común en las naciones industrializadas y, por lo tanto, se debía a la conocida agrupación de factores de riesgo: nutrición, obesidad, hipertensión y diabetes. Las afirmaciones del segundo grupo estilizaban la enfermedad como si fuera un misterio y un enigma que hasta el momento había dejado completamente perplejos a todos los científicos. El tercer grupo suponía que las causas estaban asociadas al trabajo de campo, asumiendo una conexión con el trabajo físico duro, los daños causados por pesticidas y fertilizantes, o una interacción de estos factores.

³ Cf. Wesseling et al. 2012: 8, NHLCS 2009, NSEL 2010b, ASOCHIVIDA 2012 con Cuadra et al. 2006, Rel-UITA 2006.

Sin embargo, todas estas afirmaciones y teorías existentes no iban a desempeñar ningún papel en el "diálogo". Como ya se ha descrito anteriormente, el proyecto de mediación pretendía empezar de cero con la investigación de las causas. El motivo de ello, presentado al inicio del "diálogo", era bastante simple: ambas partes debían ser consideradas por igual en lo que se refiere a sus presunciones sobre las causas, de modo que al final, los resultados de la investigación fueran reconocidos por ambas partes. Por ejemplo, se sabía que ASOCHIVIDA presumía que había un nexo causal entre la IRC y los agroquímicos utilizados por NSEL, los cuales probablemente originaron la contaminación del agua potable. Los portavoces de NSEL, por otro lado, habían mencionado repetidamente el consumo de alcohol y analgésicos y la predisposición genética de los trabajadores de campo como posibles causas. En el documento fundacional de la "Mesa de Diálogo", las investigaciones previstas se basaban en las siguientes preguntas:

"1) *¿Cuáles son las causas de la IRC en la zona del pacífico (zona del occidente) de Nicaragua – área que incluye al Ingenio San Antonio y sus plantaciones de caña de azúcar?*

2) *¿Existe alguna relación entre las prácticas del Ingenio San Antonio y las causas del IRC?"*

(CAO 2009d: p. 1)

Los representantes de ASOCHIVIDA y NSEL se mostraron de acuerdo en que estas preguntas debían ser respondidas de manera "*independiente, profesional, y científicamente creíble en un contexto internacional*" (p. 2). A través de un proceso de licitación internacional, adjudicaron el contrato de investigación a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston (BUSPH, *Boston University School of Public Health*) que había elaborado un borrador de estudio sobre el tema. El borrador fue presentado después de la adjudicación de la "Mesa de Diálogo", y en él se preveía que los científicos de la Universidad de Boston investigaran y analizaran, durante dos años y medio, las posibles causas de la epidemia, tanto por separado como en combinación: varios agroquímicos, la deshidratación, el daño muscular, infecciones sistémicas, metales pesados, uranio, ácidos aristolóquicos, el consumo de analgésicos, alcoholismo y consumo de lija⁴, cálculos renales, diabetes, hipertensión, glomerulonefritis, infecciones del tracto urinario y predisposición genética.

Para poderse dedicar sucesivamente a las diferentes hipótesis, estaba prevista la recopilación de los datos necesarios en subetapas individuales. Para ello, el borrador de la BUSPH preveía, entre otras cosas, la recogida de muestras ambientales (de áreas de cultivo y aguas subterráneas), muestras de sangre y orina, la observación de la vida laboral cotidiana, un estudio de cohorte de empleados del ISA, la evaluación de los historiales médicos y las biopsias renales póstumas. Sin embargo, en la siguiente fase de revisión externa por expertos no involucrados que debían evaluar críticamente el proyecto de investigación, el mismo proyecto causó irritación por su concepción muy amplia: "Es apropiado discutir todas las hipótesis, pero los participantes en el diálogo no deben distraerse por aquellas que no siguen el patrón epidemiológico observado" (CAO 2009e: p. 222). En su respuesta a las críticas, los investigadores de la BUSPH sorprendieron al afirmar que, después de todo, no se trataba sólo de crear resultados, sino que uno de los objetivos era también "aumentar la aceptación de los resultados" (p. 222).

⁴ "El guaro lija (o simplemente "lija") es una forma de ron que se produce en una destilería comercial, supuestamente en condiciones apropiadas y seguras, y luego es enviada a granel a distribuidores independientes y minoristas pequeños donde es procesado adicionalmente y se vende en bolsas plásticas a los consumidores individuales. En el momento de producción, el ron es igual al que se vende en botellas, pero tiene una mayor concentración de etanol (95%)." (CAO 2009e)

En cierta medida, pues, los investigadores habían adoptado la idea básica de la mediación, que, al fin y al cabo, siempre tenía que *crear como producto secundario* las condiciones de su aceptación por los participantes: Tenían que asegurar que ambos "interlocutores en el diálogo" no se levantaran de la mesa (sobre todo el más poderoso de los dos, que tenía menos que perder que el otro y que, por tanto, estaría más dispuesto a ceder su puesto en caso de desacuerdo). La inclusión de propuestas e hipótesis poco probables se realizó en nombre de la igualdad de los participantes, pero en cambio reprodujo una vez más su desigualdad. Porque ante el avance de la epidemia, el hecho de garantizar la capacidad de acción en lo que se refiere a la prevención de enfermedades hubiera sido una prioridad obvia para las investigaciones sobre las causas de la enfermedad. El hecho de que ahora se debería trabajar en un listado de hipótesis de los "interlocutores en el diálogo", entre las que tanto las hipótesis poco probables como las probables iban a ocupar los recursos de la misma manera, inevitablemente favorecía a los participantes que disponían de más tiempo porque sus cuerpos ni estaban enfermos ni sufrían de hambre. Menciono esto porque es importante ver que la concepción de una investigación "*independiente, profesional, y científicamente creíble en un contexto internacional*" contiene también aspectos políticos. Estos aspectos se hacen aún más evidentes una vez que se hayan producido los "hechos científicos". Escribo "producido" y no "encontrado" o "constatado", porque considero que los hechos científicos que figuran a continuación son un recurso que no es de uso igualitario para todos.

Por ejemplo, tras la salida de los primeros resultados parciales de la investigación en otoño de 2010, según los que, entre otras cosas, las prácticas laborales y los productos químicos utilizados en el ISA no eran causas reconocidas del IRC, la empresa aplaudió hacia sus críticos fuera del "diálogo":

"Realmente desde que comenzaron con sus andanzas se sabía que estábamos asistiendo a la crónica de un fracaso anunciado[.] Y cómo podría ser de otra manera cuando a lo largo de estos meses no pudieron presentar una sola prueba, estudio o investigación que pudiera darle un mínimo de sustento a sus insólitas afirmaciones [...]"

Lo que le puso la tapa al pomo fueron las recientes conclusiones a las que llegó la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, que presentó recientemente su informe final del estudio que realizó sobre la higiene industrial en el Ingenio San Antonio (ISA), en el que concluye que no hay evidencias de que las prácticas laborales de la empresa estén causando Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en sus trabajadores [...]"

"No encontramos evidencia alguna de que las prácticas laborales actuales o los químicos usados por ISA actualmente o en el pasado sean causas generalmente aceptadas de IRC", señala el informe presentado el 30 de agosto de este año.

"Con base en la investigación descrita en este informe, no encontramos evidencia alguna para concluir que las prácticas y los químicos usados por el ISA estén causando IRC en los trabajadores. Establecer si existe de hecho una asociación requerirá la creación de nuevo conocimiento científico", reiteran los investigadores.

El estudio encomendado a esa prestigiosa universidad fue producto de un acuerdo entre Nicaragua Sugar y ASOCHIVIDA, la más importante organización de enfermos renales del país, en el marco de un diálogo convocado por la oficina de Cumplimiento, Asesoría y Ombudsman (CAO) del Banco Mundial con el propósito de determinar evidencias que vincularan las prácticas laborales del ISA con la IRC [...]" Dichosamente, gracias, entre otros, a las posibilidades que otorga la comunicación moderna este embuste nunca pudo progresar. Sin duda alguna, es una gran lección para quienes en el futuro pretendan abusar de la buena voluntad de mucha gente honesta que existe en el mundo."

(Grupo Pellas 2010)

La investigación parcial aquí citada se refería a la higiene industrial y las condiciones de salud ocupacional en el ISA (CAO 2010). Su objetivo era averiguar si determinadas prácticas laborales o productos químicos utilizados en el ISA eran "generalmente aceptados como causantes de la enfermedad renal crónica" (p. 4) de acuerdo con el estado actual de la ciencia. Cuando los investigadores evaluaron estos factores en el ISA en términos de su probabilidad como causas de la epidemia de IRC, su evaluación se basó en una revisión de la literatura médica existente. Así pues, en lugar de la sorprendente conclusión, que en la imagen externa de NSEL ya se estaba convirtiendo en una especie de "absolución", la investigación se limitó a fundamentar su propia premisa inicial: si existiera tal vínculo, se necesitarían nuevas investigaciones para probarlo.⁵ Por ejemplo, había "evidencia fuerte" de que dos de los agroquímicos utilizados en el ISA podían causar daños renales agudos (y "buena evidencia" para otros cuatro). Pero la relación entre los daños renales agudos y el desarrollo de la IRC simplemente no había sido suficientemente investigada; además, faltaban datos sobre la duración, frecuencia e intensidad con que los trabajadores de campo estaban expuestos a estos productos químicos (p. 46).

La importancia de este hecho científico era diferente para cada uno de los dos "interlocutores en el diálogo": los enfermos de IRC de ASOCHIVIDA estaban tan cerca y, al mismo tiempo, tan lejos de una solución de su dilema epidémico como antes – no afectaba a sus reivindicaciones o esperanzas, ni cambiaba su argumentación expresada en la queja. Pero en manos del personal de relaciones públicas de NSEL, en cambio, este detalle bastante trivial en sí mismo ya se había convertido en un recurso apropiado para distanciarse de la epidemia – la distancia entre la empresa y las causas de la epidemia parecía incluso haber aumentado. Esto fue posible porque a efectos de su comercialización, a los estudios de BUSPH se les dio la aureola de la producción de conocimiento occidental: NSEL presentó a los investigadores estadounidenses como si fueran una autoridad muy lejana, con esa racionalidad y neutralidad distante que precisamente no se esperaba de las instituciones de investigación locales.⁶ Criticarlos, dice el subtexto, sería, en el mejor de los casos, demostrar la corrupción de lo local.

Un año después, el equipo de BUSPH presentó el informe final de la investigación de las causas. Este informe contenía ya resultados bastante concretos. Por ejemplo, podían excluirse como causas el agua potable contaminada o el envenenamiento por metales pesados, y se había detectado una mayor incidencia de IRC también entre los mineros y los trabajadores de la construcción. Pero ahora como antes, los investigadores de BUSPH no lograron determinar las "razones causales" de la epidemia. Como una especie de "mejor suposición", su informe final sugiere el estudio de la deshidratación crónica (depleción de volumen) y los daños musculares en los trabajadores de campo en relación con la lesión renal aguda para futuras investigaciones.

Mientras la depleción de volumen y los daños musculares son indicios de una relación con el trabajo físico pesado bajo temperaturas tropicales, las lesiones renales agudas sucesivas podrían

⁵ *"Esta conclusión no descarta la posibilidad de que uno o más de estos agentes puedan de hecho causar IRC, pero nuevo conocimiento científico y nueva comprensión científica serán necesarios para establecer si existe de hecho algún vínculo. Con el fin de desarrollar este nuevo conocimiento, las siguientes fases de nuestro trabajo se enfocarán en recoger información adicional sobre exposición y salud e investigar su posible conexión con la IRC, tanto dentro del ISA como en otras áreas del Occidente de Nicaragua"* (CAO 2010: p. 64).

⁶ En esto encaja también el hecho de que la "mesa de diálogo" prohibió a los investigadores de BUSPH tanto las colaboraciones locales como la colaboración con cualquier institución de investigación centroamericana que haya trabajado previamente en este tema (CAO 2009f: p. 2).

ser causadas por los agroquímicos, pero también por otros factores (antes de la entrada en el mundo laboral, por ejemplo). Por lo tanto, en cierto sentido, NSEL había tenido razón en sus afirmaciones públicas: no había sido demostrado ningún vínculo causal entre un agroquímico, un proceso particular de trabajo de campo con la epidemia de IRC en Chichigalpa, ni siquiera en los siguientes subestudios. Como se describe de manera comprensible en los informes de los investigadores de la BUSPH, la presencia de factores potencialmente perjudiciales en el ISA tampoco permite sacar conclusiones sobre el grado y la frecuencia con que los trabajadores de campo se veían expuestos a este factor en la práctica, especialmente porque era muy poco probable que hubiera un nexo monocausal. Con los resultados de la investigación de BUSPH, varias sospechas de los participantes fueron rechazadas hacia la improbabilidad e insignificancia. Asimismo, con otras hipótesis se habían planteado nuevas preguntas, pero, al final, sólo algunas de ellas se han considerado adecuadas como prometedores focos de futuras investigaciones. Ahora, estos hallazgos estaban disponibles como productos de investigación de una institución de renombre internacional – es decir, justamente aquella producción institucionalizada de conocimientos que los trabajadores de las plantaciones del oeste de Nicaragua, con sus listados de muertos cuyos nombres habían recopilado ellos mismos, no tenían a su disposición durante sus protestas.

Comparemos estos resultados con una declaración del presidente de la Comisión de Salud y Seguridad Social en la Asamblea Nacional Nicaragüense, quien había comentado la epidemia en marzo de 2009, precisamente en el momento en que la CAO había licitado su estudio a nivel internacional: *"Está comprobado que la mayor concentración de IRC es donde están los cañaverales ... No hay duda de que la IRC sea multifactorial, pero esta es la excusa a la que se agarran los empresarios para evadir sus responsabilidades. [...] Ya está claro que hay factores de riesgo por la IRC en los ingenios; que hay nefrotoxicidad de determinados productos que se usan en los ingenios [...] que hay formas de cosecha que provocan trastornos y enfermedades. Así que [...] hay que pensar en algo estratégico, serio, para transformar la forma de producir."* (G. Porras, citado en: Rel-UITA 2009)

Porras se refiere a investigaciones locales que en 2004 el parlamento nicaragüense consideraba suficientes para clasificar la IRC como una enfermedad relacionada con el trabajo en el sentido del derecho laboral (véase también Rumporter 2018b). La contraposición muestra el razonamiento en dos registros paralelos: uno científico, en el que un hecho no se considerará probado hasta que se hayan eliminado todas las incógnitas, y otro político, destinado a acumular conocimientos "suficientes" para tomar y justificar decisiones. Además del conflicto sobre la responsabilidad política, la investigación por contrato de BUSPH había establecido un segundo debate: Bajo los nuevos parámetros de precisión forense, la cuestión de la responsabilidad parecía pospuesta por tiempo indefinido. La declarada incertidumbre sobre la interacción temporal y causal de factores diferentes y posiblemente desconocidos hizo que las conclusiones existentes (que, además, tenían el estigma de la localidad) parecieran demasiado particulares para permitir cualquier derecho a la verdad.

Sin embargo, los resultados de la investigación no lograron pacificar el conflicto, ya que los puntos claves de la crítica política a NSEL seguían existiendo: la mayor concentración de IRC en el país todavía se encontraba "allí, en las plantaciones de caña de azúcar". La IRC seguía siendo "multifactorial". Los factores de riesgo en la cosecha seguían existiendo, y los productos nefrotóxicos seguían utilizándose en los campos, como pues lo describen los mismos informes de

BUSPH – aunque la cadena causal entre todas estas circunstancias era tan clara o tan poco clara como antes, variando según el punto de vista de la persona que la define.

Conclusión.

La producción de éxito en mediación durante la epidemia.

A primera vista, el presente texto trataba sobre el hecho de que un grupo de trabajadores enfermos abrió nuevos caminos para negociar sus intereses participando en un programa de mediación del Banco Mundial. Trataba sobre lo que sucedió con sus peticiones, que se hicieron cada vez más pequeñas, más técnicas y más limitadas, para que pudieran ser elaboradas dentro del marco establecido. A través del concepto de "diálogo", la historia del conflicto de la epidemia de IRC en Chichigalpa fue sobrescrita, y la masa de los afectados por IRC fue reemplazada por el "representante comodín" ASOCHIVIDA. Aunque la jerarquía entre los "interlocutores en el diálogo" no fue abolida por la mediación, sino que más bien se profundizó, este grupo obtuvo acceso a nuevos recursos y ganó influencia. En la práctica, la investigación encargada por la "mesa de diálogo" compitió con la de la responsabilidad política. Además, la autoridad otorgada en este contexto a la producción institucionalizada de conocimiento y su enfoque en las cadenas causales perfectamente documentables favoreció, en el discurso, a contrastar los resultados de la investigación con la aplicación de medidas preventivas.

Tanto los dos participantes en el "diálogo" como los mediadores de la CAO celebraron la colaboración como un éxito y un triunfo de la idea de la mediación: Al dialogar, ambas partes en conflicto pueden beneficiarse. Sin embargo, su júbilo contrastaba con una epidemia que, casi intacta, seguía existiendo: todavía traía consigo muerte masiva y empobrecimiento; todavía llevaba a luchas por la distribución entre los pobres y todavía planteaba preguntas sobre la responsabilidad política y las consecuencias.

Esto conduce al segundo argumento del presente texto, que es más sutil y trata del repertorio de la *Responsabilidad Social Corporativa*, o más bien de una capacidad particular de ese repertorio: la capacidad de permitir éxitos radiantes en medio de condiciones catastróficas. Y no había ninguna duda entre los participantes y los mediadores de que en este caso se trataba de un éxito radiante: apenas pasó un mes sin que una de las personas involucradas anunciara el éxito en público o agradeciera a los demás su cooperación. Al mismo tiempo, había muchos argumentos que, obviamente, indicaban que no se trataba de un "éxito". Si el objetivo del "diálogo" había sido identificar las causas de la epidemia y mejorar la situación de los afectados, habría fracasado, ya que, primero, hasta el final no se lograron nombrar las causas, y, segundo, sólo para una pequeña parte de los enfermos de IRC, cuyo número iba creciendo continuamente, hubo una mejora de la situación, aunque difícilmente mensurable. Si el diálogo, como los críticos afirmaban, había sido simplemente una herramienta corporativa para desviar las críticas a través de la caridad, también habría fracasado, ya que, en el fondo, la crítica a NSEL siempre había sido la misma. De hecho, en 2014, dos años después del fin oficial de la mediación, el conflicto en Chichigalpa parecía haber vuelto a su punto de partida: Se sucedieron las protestas y los enfrentamientos con la policía, las marchas a Managua, los campamentos de carpas y las campañas de boicot contra NSEL. No parecía haber una estrategia para combatir la epidemia de manera sostenible, y el

conflicto latente que había dejado a la gente en Chichigalpa luchando unos contra otros por sobrevivir, fue exacerbado todavía más por el "diálogo".⁷

La afirmación de que se trataba de un "diálogo exitoso" en el que todas las partes demostraron ser tan cooperativas y responsables como se esperaba, ¿es, pues, un autoengaño o, peor aún, una mentira? No lo es si logró tener éxito, independientemente de sus efectos. El inicio del "diálogo" fue acompañado por unos pasos de definición que, junto con los puntos claves del "problema de IRC", crearon las condiciones de su solucionabilidad – los marcadores que más tarde permitirían a todos los involucrados clasificarlo como un "éxito" fueron parte del trabajo creativo de definir en qué realmente consistían los problemas, las ambigüedades, y las necesidades de las personas afectadas (Garsten/Jacobsson 2011: p. 380, Cross 2016: p. 121). Grupos de personas y circunstancias calculables, coherentes y manejables, así como un punto de inicio y final consensual para la mediación fueron los ingredientes claves para esta "arquitectura del éxito". Los hechos históricos, las circunstancias locales y los grupos de personas que se interponían a esta manejabilidad ni siquiera se incluyeron en las descripciones de la situación por parte de la CAO. En resumen, el resultado fue un cuadro simplificado de la crisis de IRC en Chichigalpa, dentro del cual fue posible producir efectos visibles con los recursos disponibles (Kapelus 2002): personas reales paradas frente a nuevos edificios, personas reales sosteniendo bienes donados en sus manos.

Este es el enfoque que, en relación con la ayuda al desarrollo, David Mosse describió como "la producción social de éxito en el desarrollo" (2005). En consecuencia, NSEL también caracterizó su ayuda como "ayuda humanitaria" (NSEL 2010a). Esto refleja la estrecha relación entre la política de desarrollo y el ámbito de la responsabilidad social de las empresas que han señalado los investigadores: como paso parcial de la globalización neoliberal, en la que la "tarea de desarrollo" pasa de los Estados al sector privado, los discursos y las tecnologías de un segmento también se han transferido al otro (Blowfield/Dolan 2008, Sharp 2006). Tomando esta observación en su palabra y considerando la responsabilidad social corporativa como una "tecnología" en el contexto de la crisis de IRC en Chichigalpa, se resumen dos aspectos de la "mesa de diálogo": las nuevas tecnologías hacen posibles cosas que antes parecían impensables; y las nuevas tecnologías descansan sobre los hombros de los especialistas que guían su uso. En el caso de la crisis de IRC en Chichigalpa, los mediadores de la CAO fueron los especialistas, y nombraron sus propias victorias: *"Uno de los resultados más poderosos de un proceso de resolución de disputa es su capacidad de redefinir y transformar relaciones. Este caso es un claro ejemplo de este potencial [...] El proceso de diálogo dio a ambas partes, ASOCHIVIDA y NSEL, la oportunidad de ir más allá de la atribución de culpas y empezar a buscar soluciones en conjunto."* (CAO 2015, p. 12).

Por supuesto, los mediadores eran conscientes de que el "diálogo" se encontraba en una relación difícil con su "exterior" y la epidemia realmente existente, y reconocieron sus limitaciones: *"Si bien los resultados del proceso de la CAO fueron importantes para ASOCHIVIDA y NSEL, las necesidades de quienes padecen de la enfermedad son más amplias y graves de lo que puede abordar un proceso particular y local. La ERC abarca cuestiones relacionadas con el acceso al sistema de salud, la calidad de la atención, oportunidades de empleo, desarrollo socioeconómico e investigación científica, muchas de las cuales dependen de la participación del gobierno de Nicaragua y otras instituciones regionales e internacionales."* (p. 11).

⁷ Esto, por lo menos, es fácil de explicar, ya que el "diálogo", de hecho, no ha sentado a la misma mesa a "ambas partes de un conflicto", sino que más bien ha añadido otra "parte" al debate social sobre la epidemia.

En última instancia, el éxito no consistía en una relación con las circunstancias externas, sino en sí mismo: *"ASOCHIVIDA evolucionó de un grupo pequeño que exigía indemnizaciones a una organización con más de 2.200 miembros que administra diversos proyectos. Los representantes de la empresa siguen trabajando con el sector público y privado para superar los impactos de la ERC. Cuando las condiciones son adecuadas para el diálogo, es posible desarrollar relaciones de colaboración en un entorno complejo y altamente controversial"* (CAO 2016: p. 15).

Por lo tanto, el verdadero "éxito" es el mismo "diálogo", y puede serlo justamente porque no se mide por sus efectos. Aunque, no obstante, sí tuvo efectos. Correspondían a la redistribución de éxito en una situación conflictiva: a una intervención política.

Referencias

Blowfield, M., Dolan, C. 2008. Stewards of Virtue? The Ethical Dilemma of CSR in African Agriculture. *Development and Change* 39 (1): 1-23.

CAO. 2008a: Informe de Evaluación Para Las Partes Interesadas. Referente a preocupaciones de la comunidad y de la sociedad civil relativas a actividades de Nicaragua Sugar Estates Limited (NSEL), Nicaragua.

CAO. 2008b: Acuerdo Marco para el Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. 20 de noviembre de 2008.

CAO. 2009a. Evaluación de Necesidades. Opciones para mejorar la atención inmediata y de largo plazo a pacientes con insuficiencia renal crónica.

CAO. 2009b. Proceso de Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. Resumen del Facilitador. 3 de abril de 2009.

CAO. 2009c. Proceso de Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. Resumen del Facilitador. 30 de septiembre de 2009.

CAO. 2009d. Términos de Referencia. Estudio sobre el Alcance Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en Nicaragua.

CAO. 2009e. Informe Final de Estudio de Alcance Epidemiología de Enfermedad Renal Crónica en Nicaragua.

CAO. 2009f. Proceso de Diálogo sobre Insuficiencia Renal Crónica. Resumen del Facilitador. 30 de abril de 2009.

CAO. 2010. Evaluación de Higiene Industrial / Salud Ocupacional. Evaluando Peligros Potenciales Asociados con Químicos y Prácticas de Trabajo en El Ingenio San Antonio (Chichigalpa, Nicaragua). Informe Final. 30 Agosto, 2010.

CAO. 2012. Detailed breakdown of aid provided by NSEL through CAO process.

CAO. 2015. Informe de Conclusión de la Función de Resolución de Disputas de la CAO. Nicaragua Sugar Estates Limited-01.

CAO. 2016. Creando esperanza y salud a través del diálogo. Una historia de resolución de conflictos empresa-comunidad en Nicaragua.

Cross, J. 2016. Detachment as a corporate ethic: Materializing CSR in the diamond supply chain. In Dolan, C., Rajak, D. (eds.): *The Anthropology of Corporate Social Responsibility*. New York: Berghahn. 110-27.

Cuadra, S. N., Jakobsson, K. Hogstedt, Ch., Wesseling, C. 2006. Chronic kidney disease:

- Assessment of current knowledge and feasibility for regional research collaboration in Central. Heredia, Costa Rica: SALTRA, IRET-UNA.
- Garsten, Ch., Jacobsson, K. 2011. Transparency and legibility in international institutions. The UN Global Compact and post-political global ethics. *Social Anthropology* 19 (4): 378-93.
- Grupo Pellas. 2010. Sobre Boicot a Grupo Pellas: Universidad de Boston concluye que no hay evidencias que vinculen a Nicaragua Sugar con la IRC. 11 septiembre 2010. grupopellas.wordpress.com.
- Kapelus, P. 2002. Mining, Corporate Social Responsibility and the "Community": The Case of Rio Tinto, Richards Bay Minerals and the Mbonambi. *Journal of Business Ethics* 39: 275-96.
- NSEL. 2010a. Nicaragua Sugar y la IRC. Enfermos renales reciben ayuda humanitaria. laverdadnsel.com
- NSEL. 2010b. Avanza el proceso de diálogo entre el Ingenio San Antonio y ASOCHIVIDA. Diálogo entre Nicaragua Sugar, miembro del Grupo Pellas, y ASOCHIVIDA sobre IRC. laverdadnsel.com
- Mosse, D. 2005. *Cultivating Development. An Ethnography of Aid Policy and Practice*. London: Pluto.
- NHLSCP. 2009. Nicaragua Sugar Estates / Chronic Renal Insufficiency Struggle Background. September 2009. New Haven / León Sister City Project (NHLSCP).
- ASOCHIVIDA. 2012. Noticias. Asociacion Chichigalpa por la Vida (ASOCHIVIDA) Pronunciamento. asochivida.org.ni
- Rel-UITA. 2006. La chatarra humana del occidente. El drama y la lucha de los cañeros. Testimonios de ex trabajadores y viudas. 7. Feb. 2006. Trucchi, G. rel-uita.org.
- Rel-UITA. 2009. Parlamentarios apoyan la lucha de los cañeros. ANAIRC y otras organizaciones se reúnen con diputados. 21. März 2009. Trucchi, G. rel-uita.org.
- Rumporter. 2018a. "Rest, Water and Shade": Interview of Jason Glaser from la Isla Network. 11. April 2018. Hugon, C. rumporter.com/en.
- Rumporter. 2018b. Meeting with Marvin Gonzales y Aurora Aragon, Public Health Doctors at the Medical University in León. 7. April 2018. Hugon. C. rumporter.com/en.
- Sharp, J. 2006. Corporate social responsibility and development. An Anthropological Perspective. *Development Southern Africa* 23 (2): 213-22.
- Torres, C., Aragón, A., González, M., López, I., Jakobsson, K., Elinder, C.-G., Lundberg, I., Wesseling, C. 2010. Decreased Kidney Function of Unknown Cause in Nicaragua: A Community-Based Survey. *American Journal of Kidney Diseases* 55 (3): 485-96.
- Wesseling, C., Crowe, J., Peraza, S., Aragón, A. & Partanen, T. 2011. Trabajadores de la caña de azúcar. En *Una mirada a las condiciones de trabajo de algunos colectivos especialmente vulnerables*. Madrid: OISS/INSHT.