

« Salud Pública »

HOWARD WAITZKIN

**MEDICINA Y
SALUD PÚBLICA
AL FINAL DEL IMPERIO**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE MEDICINA

CENTRO DE HISTORIA DE LA MEDICINA

DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PÚBLICA

Catalogación en la publicación. Universidad Nacional de Colombia

Waitzkin, Howard

Medicina y salud pública al final del imperio./Howard Waitzkin. – 1ra edición en español. Colección Salud Pública. Bogotá: Centro de Historia de la Medicina – Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Colombia, 2013

ISBN:

1. Salud Pública – aspectos económicos, políticos y sociales. 2. Imperio – aspectos económicos y políticos. 3. Sistemas de salud – aspectos económicos, políticos y sociales. I. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Centro de Historia de la Medicina – Doctorado Interfacultades en Salud Pública. II. Waitzkin, Howard.

Primera edición en inglés: 2011

Primera edición en español: 2013

500 ejemplares

Colección Salud Pública

Título original:

Medicine and Public Health at the End of Empire

2011. © Howard Waitzkin. © Paradigm Publishers, Boulder, CO – USA.

© Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social

Centro de Historia de la Medicina

Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Colombia

Correo electrónico: cenhis_fmbog@unal.edu.co

ISBN:

Apoyo financiero:

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Colombia

Coordinación editorial:

Tatiana Roncancio, Marcela Vega Vargas y Gabriela Pardo Pérez

Traducción:

María Ángela Orozco Holguín

Corrección de estilos:

Luis Enrique Clavijo Morales

Diseño e impresión:

Impresol Ediciones Ltda.

Impreso en Colombia – Printed in Colombia

Bogotá, 2013

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida a través de ningún medio, ni en su todo ni en sus partes, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

Contenido

Presentación	7
Prólogo a la edición en español	9
Prefacio	15
Parte 1	
El pasado del imperio	23
Capítulo 1	
El componente histórico de la salud en el Imperio	25
<i>Fundaciones filantrópicas</i>	26
<i>Instituciones financieras internacionales y tratados de comercio</i>	28
<i>Organizaciones internacionales de salud</i>	30
<i>Un punto de vista a contracorriente</i>	33
Capítulo 2	
Condiciones generadoras de enfermedad del capitalismo y el imperio	35
<i>Cómo surgió este punto de vista</i>	35
<i>Capitalismo, imperio, enfermedad y muerte temprana</i>	51
Capítulo 3	
El mercado internacional de productos y servicios de salud	57
<i>Métodos para afrontar la caída de la tasa de ganancia</i>	57
<i>La economía política del cuidado coronario</i>	58
<i>Explicación de la difusión de las unidades de cuidado coronario</i>	62
<i>La innovación tecnológica y el sistema capitalista internacional</i>	77
Capítulo 4	
Trayectorias de la resistencia al imperio en salud pública y servicios de salud	81
<i>Chile: una transformación frustrada por el imperio</i>	83
<i>Cuba: una transformación que frustró el avance del imperio</i>	93
<i>Cambios comparativos en el contexto del imperio</i>	102

Parte 2	
El presente del Imperio	115
Capítulo 5	
Neoliberalismo y salud	117
<i>El neoliberalismo y el desmantelamiento del sector público</i>	118
<i>La clase capitalista transnacional y las corporaciones multinacionales</i>	120
<i>El Estado nación, la soberanía y la salud</i>	122
Capítulo 6	
Tratados de comercio internacional, medicina y salud pública	127
<i>Reglas de comercio</i>	127
<i>Imposición del comercio y soberanía nacional</i>	129
<i>Tratados de comercio y salud</i>	130
<i>Acciones por parte de profesionales de la salud y defensores</i>	143
Capítulo 7	
Macroeconomía y salud	145
<i>Fortaleciendo el imperio al expandir la Salud</i>	145
<i>Un ejemplo influyente de “invertir en salud”: el informe sobre macroeconomía y salud</i>	147
<i>Los significados de “invertir en salud”</i>	149
<i>Financiamiento versus reforma</i>	151
<i>Sistemas “cercaños al cliente”: Financiación pública para proveedores privados</i>	151
<i>Los significados del pago anticipado</i>	153
<i>Financiamiento por donantes: opciones tácitas</i>	155
<i>El valor de la vida: años de vida ajustados según discapacidad (AVAD)</i>	157
<i>Tratados de comercio versus responsabilidad corporativa</i>	158
<i>Reciclando las intervenciones en salud pública para facilitar la inversión</i>	159
Capítulo 8	
La exportación de la atención gerenciada	163
<i>Condiciones económicas que fomentaron la exportación</i>	164
<i>El mercado de la atención gerenciada y los fondos de seguridad social en América Latina</i>	167

<i>La trayectoria ascendente de la atención gerenciada en América Latina</i>	171
<i>La subsiguiente trayectoria descendente</i>	176
<i>Desafíos a la salud pública y a los servicios médicos</i>	177
<i>Resistencia a la atención gerenciada y emergencia de propuestas alternativas</i>	179
Capítulo 9	
Corporaciones, instituciones financieras internacionales y servicios de salud	183
<i>La “Reforma” en México</i>	185
<i>La “Reforma” en Brasil</i>	186
<i>La entrada de las corporaciones multinacionales</i>	189
<i>Los efectos de la reforma en México</i>	190
<i>Los efectos de la reforma en Brasil</i>	192
<i>Vicisitudes de la privatización y la corporativización</i>	194
Capítulo 10	
El “sentido común” de la reforma a la salud	197
<i>Bases ideológicas de la reforma a la salud</i>	198
<i>Supuestos ideológicos en un silencioso proceso de reforma</i>	199
<i>Una transformación del sentido común</i>	201
<i>La ideología y la reconstrucción del sentido común</i>	202
Capítulo 11	
Las construcciones de los actores involucrados en el comercio global, la salud pública y los servicios de salud	209
<i>Agencias gubernamentales</i>	209
<i>Instituciones financieras internacionales</i>	213
<i>Organizaciones internacionales de salud</i>	215
<i>Corporaciones multinacionales</i>	217
<i>Grupos de presión</i>	220
<i>Construcciones sociales del comercio y la salud</i>	223
Capítulo 12	
Militarismo, imperio y salud	227
<i>El impacto físico y psíquico de la guerra en el personal militar</i>	228
<i>Servicios civiles para el personal militar</i>	229
<i>Problemas de salud física y mental de los soldados</i>	232
<i>Temas de encuentros entre el personal militar y los médicos clínicos civiles</i>	234

<i>Los efectos cambiantes del militarismo sobre la salud</i>	236
Parte 3	261
Futuro del imperio	261
Capítulo 13	
Salud y praxis: medicina social en América Latina	263
<i>Productividad y peligro</i>	264
<i>Historia de la medicina social latinoamericana</i>	266
<i>Medicina social versus salud pública</i>	
<i>en otros lugares de América Latina</i>	269
<i>Represión política y retos laborales</i>	274
<i>Teoría, método y debate</i>	275
<i>Temas emergentes</i>	278
<i>El futuro de la medicina social</i>	281
Capítulo 14	
Resistencia y construcción de un futuro alternativo	283
<i>La lucha contra la privatización</i>	
<i>de los servicios de salud en El Salvador</i>	284
<i>Resistencia ante la privatización del agua en Bolivia</i>	287
<i>La llegada al poder de la medicina social</i>	
<i>en Ciudad de México</i>	291
<i>Otros ejemplos de una nueva visión:</i>	
<i>Venezuela, Uruguay y Brasil</i>	295
<i>Luchas por programas nacionales</i>	
<i>de salud en el corazón del imperio</i>	297
<i>¿El fin del imperio?</i>	302
<i>Activismo sociomédico en la era posimperio</i>	305

Presentación

La presente obra es fruto de un esfuerzo editorial desarrollado por el CHM, y hace parte de su labor como promotor del análisis histórico y el pensamiento crítico en el ámbito de la medicina y la salud pública.

El Centro de Historia de la Medicina (CHM) de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia fue creado en el año de 1966, por iniciativa del Dr. José Félix Patiño, Rector de la Universidad, y el profesor e historiador de la medicina, Dr. Andrés Soriano Lleras. En sus primeros años fue denominado Instituto de Historia de la Medicina y desarrolló actividades de conservación y divulgación gracias a su museo, así como iniciativas de investigación histórica, publicaciones y docencia. Tras varias vicisitudes que incluyeron su cierre en 1974, en 1995 el CHM tomó un nuevo impulso, gracias a la gestión del doctor Emilio Quevedo Vélez y de la profesora Estela Restrepo Zea. Bajo la dirección del primero, el Centro diversificó su investigación en los campos de la historia de la salud, historia de las enfermedades e historia de las políticas y sistemas de salud.

Desde 2009, la dirección del Centro de Historia de la Medicina ha sido asumida por el Dr. Mario Hernández Álvarez, médico e historiador. Su gestión ha permitido la consolidación del Grupo de Investigación de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, manteniendo los esfuerzos museográficos y de docencia que guiaron los rumbos iniciales del Centro, y proponiendo una revitalización de la tradición de la historia de la salud y la medicina a partir de nuevos enfoques. Del mismo modo, en los últimos años el Centro ha profundizado en la comprensión

Howard Waitzkin

de los procesos históricos en los cuales los sistemas de salud y protección social cobran forma, al calor de dinámicas sociopolíticas, procesos económicos y trayectorias estatales. En la actualidad el CHM es un referente no sólo en el campo de la Historia de la Medicina en el país, sino que se ha convertido en un pionero en el análisis de los sistemas de salud y protección social en perspectiva histórica y comparada en América Latina, contando para ello con investigadores de amplio reconocimiento en el campo de las ciencias sociales y la salud en Colombia.

Como resultado del proceso de investigación, docencia y extensión que se viene desarrollando en el CHM, se han realizado extensas revisiones bibliográficas que nos llevaron a la selección, traducción y edición del libro *Medicina y salud pública al final del imperio (Medicine and Public Health at the end of Empire [2011])*. El libro hace parte de la Colección Salud Pública, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. En su versión en inglés el libro es considerado, indiscutiblemente, como texto de obligatoria referencia por el sentido crítico del análisis allí expuesto, la pertinencia del tema y, por supuesto, la trayectoria del autor. Howard Waitzkin, es médico y sociólogo de la Universidad de Harvard, Profesor Emérito de la Universidad de Nuevo México, y un activista comprometido en la militancia por el derecho a la salud, reconocido en el ámbito global. Esperamos que esta obra resulte de gran utilidad, no sólo para académicos e investigadores, sino también para movimientos sociales, sindicatos y organizaciones alrededor de la justicia social, en la tarea compartida por alcanzar la equidad y la universalidad de la salud.

Solo resta a nombre del Grupo de Estudios Sociohistóricos de la Salud y la Protección Social, y el CHM, dar agradecimientos, en primer lugar, a los asistentes al *Seminario de enfoques y métodos en historia comparada de las reformas sanitarias*, con quienes se ha venido haciendo la lectura y discusión de este libro. Al Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, por su apoyo financiero; a la División de Investigación de la Sede de Bogotá de la Universidad Nacional por el apoyo al proyecto de fortalecimiento de grupos de investigación que ha hecho posible contar con un equipo de personas dispuestas a la tarea de sacar adelante esta publicación; a la Vicedecanatura de Investigación y al Comité Editorial, ambos de la Facultad de Medicina, quienes han dado su respaldo a esta iniciativa. A la profesora Vera Weiler y al grupo de Investigaciones Histórico-Genéticas que ella dirige, y a Lorena Mesa por su apoyo logístico; y finalmente, a Juan Carlos Eslava, Liliana Henao y Adriana Ardila por colaborar en la lectura de la traducción del texto antes de su edición final.

Prólogo a la edición en español

De manera tradicional, para quienes nos hemos formado en el entorno académico latinoamericano hispanohablante, el acceso a la producción académica que se produce en otros idiomas, en forma de libro, suele presentar múltiples dificultades. Aún en estos tiempos de sorprendentes desarrollos tecnológicos e informáticos, la mayoría de las obras que se producen en el extranjero no llegan a nuestras universidades y las que logran hacerlo, muchas de ellas bajo el brazo de algún inquieto viajero o auspiciadas por los estudiosos que regresan a su país después de años de formación postgraduada, se enfrentan a la ruda prueba de encontrar lectores que no manejan, con solvencia, los idiomas originales en que se publican los diversos trabajos. Y, es necesario señalar, el ejercicio de la traducción suele promoverse, casi de manera exclusiva, bajo los intereses y veleidades de la industria editorial.

Por ello, no es habitual conseguir en español obras de académicos extranjeros que no estén exaltados, por el frenético mercado de la cultura, como grandes personalidades del mundo intelectual. Así como tampoco es habitual encontrar traducciones de libros, de reciente publicación, que aborden ámbitos muy técnicos, afronten temáticas demasiado especializadas o estimulen la crítica en terrenos no reputados como de gran potencialidad comercial. De ahí la importancia de generar un contrapeso y estimular la lectura, en nuestra lengua, de obras que,

más allá de cualquier interés mercantil, pueden ampliar el conocimiento que tenemos acerca del mundo en que vivimos, confrontar nuestra propia manera de comprender dicho mundo y excitar nuestra capacidad investigativa.

Así percibo, de manera general, la importancia que adquiere el traducir libros académicos que, de otra manera, podrían no llegarse a conocer, de manera amplia, en nuestro medio. Y por eso me parece meritorio el esfuerzo que aquí se ha hecho, desde la Universidad Nacional de Colombia y, más en específico, desde su Centro de Historia de la Medicina, por propiciar este tipo de traducciones. Más aun, cuando quién ha propuesto y desarrollado esta labor es un grupo de investigación que, al desplegar su labor inquisitiva, encuentra materiales en otro idioma (en este caso en inglés) relevantes en su campo de estudio y considerados de gran interés para la comunidad académica hispanohablante.

La pregunta que surge inevitablemente es ¿por qué el grupo de investigación (del cual formo parte) considera que el libro del médico y sociólogo estadounidense Howard Waitzkin, titulado *Medicine and Public Health at the end of Empire* (Medicina y Salud Pública al final del Imperio), merece ser conocido y discutido en español por la comunidad académica latinoamericana? Y la respuesta, por supuesto, contempla varios aspectos.

En primer lugar, la obra tiene una gran actualidad puesto que analiza los cambios que se han producido en el sector sanitario a lo largo del siglo XX y las dinámicas económico-políticas que explican el sentido, los alcances y las limitaciones de las reformas sanitarias que se han implementado en nuestros países en los últimos años. Al mismo tiempo evidencia la emergencia de nuevas fuerzas sociales que participan, hoy en día, en la lucha política por el derecho a la salud y la equidad sanitaria. Y al hacer todo esto, el autor hace visible dos discusiones de gran interés geopolítico: el papel y el alcance que hoy tienen los Estados Unidos como potencia hegemónica mundial y el papel y el alcance que hoy tienen los llamados movimientos sociales anticapitalistas o antisistema.

Es de resaltar que, frente a la primera de estas discusiones, la idea general que atraviesa (y ordena, en gran medida) el texto es aquella que afirma el declive del poder hegemónico de los Estados Unidos en el escenario del sistema capitalista global. Lo cual, en términos del autor, configura el

fin del Imperio. Lamentablemente, el autor no desarrolla esta idea de una manera explícita, detenida y con suficiencia, así que ella termina siendo, en buena medida, un supuesto. Aunque se puede intuir que detrás de esta mirada se encuentran las elaboraciones de autores como Immanuel Wallerstein, con su análisis del moderno sistema-mundo, y Toni Negri, con su análisis del nuevo orden global (el primero citado muy de pasada y el segundo utilizado en el análisis aunque de una manera algo esquiva), resulta una limitación la falta de una exposición más nítida y contundente puesto que ello debilita, un poco, el juicioso ejercicio analítico que se propone, sobretudo en la tercera parte del texto cuando se habla acerca del futuro del imperio. De todas formas, los planteamientos del profesor Waitzkin obligan al lector a mantener en su mente la pregunta sobre el final y el futuro del imperio, asunto nada trivial en la actual situación latinoamericana.

En segundo lugar, cabe decir que la obra es pertinente y oportuna puesto que releva un asunto esencial e ineludible para la comprensión de la dinámica social de nuestros países latinoamericanos, como lo es la dependencia y subordinación ante un poder colonial (o neocolonial), al mismo tiempo que despliega un ejercicio crítico muy necesario en estos tiempos de paradójica afirmación postmoderna y aparente neutralidad tecnocrática. Si bien la definición pragmática de imperio que el autor postula, la ausencia de discusión acerca de la noción de imperialismo (aunque, al parecer, el autor la asume de manera algo ambigua como el “pasado del imperio”) y la carencia de un más fino ejercicio analítico frente a lo que implica la lucha imperial en el siglo XIX y comienzos del XX pueden generar algunas inquietudes, es innegable que el enfoque propuesto, que realza las relaciones entre salud e imperio y que exalta la importancia de analizar el papel de la medicina y la salud pública en el contexto del desarrollo del capitalismo, tiene un gran poder explicativo.

En tercer lugar, la obra es, en sí misma, una incitante manera de abordar la discusión sobre el desarrollo de los sistemas sanitarios y, por demás, despliega una gran riqueza analítica. Sin hacerlo totalmente explícito y sin mayor reflexión teórica sobre el particular, es claro que el autor elabora, de modo inteligente, una economía política de la salud, donde la centralidad de las relaciones de dependencia (y resistencia) de América Latina frente al poder imperial de los Estados Unidos se hacen evidentes. Aquí cabe resaltar el lúcido ejercicio de contraste que, en el periodo

caracterizado como el pasado del imperio, se hace entre lo ocurrido en el Chile de Salvador Allende y la Cuba de Fidel Castro. El primer caso, se presenta como una transformación frustrada por el imperio, mientras que el segundo caso se presenta como una transformación que frustra el avance del imperio. Y del análisis, emerge la conciencia de la gran importancia que adquiere, tanto para la comprensión como para la acción, el vínculo que se da entre los cambios en el sector salud y los cambios estructurales más amplios en la sociedad.

Especial relevancia adquiere el análisis que se hace del desarrollo de las Unidades de Cuidado Coronario, apartado que lleva el significativo título de *Economía política del cuidado coronario*. Allí se evidencia el refinamiento del análisis elaborado por el autor, el cual muestra no sólo que los desarrollos tecnológicos efectuados en ese terreno se realizaron sin prueba alguna (lo que hoy nos gusta llamar “evidencia científica”) de su efectividad sino, también, que la dinámica propia de una sociedad capitalista en expansión moldeó los imaginarios sociales frente al uso de la alta tecnología. También es de destacar el atento examen que, en el periodo concebido como el presente del imperio, se hace del despliegue y la exportación de la llamada atención gerenciada (*managed care*).

En cuarto lugar, la obra es útil para quien se interesa en comprender la situación del sector salud en América Latina y, más específicamente, la forma como los países de la región han organizado sus sistemas de asistencia médica. Y esto es fundamental para nuestro Grupo de estudios sociohistóricos de la salud y la protección social puesto que, precisamente, venimos desarrollando un proyecto investigativo de historia comparada de las reformas sanitarias en América Latina. De hecho, llama la atención el interés puesto por Waitzkin, en los casos de las reformas sanitarias de Brasil y México (países incluidos en nuestra comparación) así como el silencio existente frente a la reforma sanitaria en Colombia la cual, para nosotros, es un caso emblemático del poder hegemónico que adquieren las propuestas neoliberales agenciadas por los organismos internacionales, toda vez que sus lineamientos se inscriben de una manera más diáfana, por decirlo de alguna manera, en las propuestas provenientes de la agenda internacional, y el modelo instaurado sirve de referente para la Región.

Al igual que en nuestro propio análisis, la obra muestra cómo el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial adquieren un gran peso en el ámbito sanitario, desplazando en buena medida a la Organización

Mundial de la Salud, y juegan un papel central tanto en el diseño de las directrices de reforma que se postulan desde el ámbito internacional, como en el apoyo a los cambios institucionales que favorecen la entrada de las corporaciones multinacionales en los diferentes países. Sin embargo, si el énfasis de Waitzkin está puesto en el impacto que las propuestas neoliberales tienen en las reformas y en la exportación de la atención gerenciada desde los Estados Unidos hacia Latinoamérica, nuestra mirada privilegia las diferentes trayectorias que tienen los países, aunque ellos estén sometidos a la presión de una agenda internacional común y poderosa. Esto nos ha llevado a explorar con más detalle el entorno sociopolítico local y a analizar de una manera un poco distinta las resistencias presentes en los países, las cuales no sólo corresponden a la acción de los movimientos sociales que luchan de manera directa en contra del neoliberalismo (sin lugar a dudas muy importantes) sino que, también, se presentan como inercias organizativas, reacomodos de las fuerzas políticas y dinámicas internas de los propios arreglos institucionales. Al final, hay que decirlo, nuestros análisis son convergentes y comparten bastantes elementos.

En quinto y último lugar, la obra es estimulante para quien quiere conocer la importancia y vitalidad que, en nuestra región, han tenido las propuestas de la medicina social y, sin dejarse llevar por un optimismo desbordado, permite vislumbrar esperanza en el porvenir. Es posible que la tercera parte del libro resulte ser, pese a sus bondades y sus grandes aciertos, la parte menos articulada del texto, pero es comprensible que el análisis del futuro se torne un poco más incierto. Aunque, cabe tenerlo presente, para el autor es claro que las condiciones del presente han cambiado de manera importante, hasta el punto de que la visión de un mundo sin imperio se ha vuelto parte de un mañana imaginable. Y esto se afirma a la luz de una rápida descripción de varias de las luchas populares más significativas que se han producido en nuestros países durante la última década. Análisis lúcido e inspirador que, no obstante, deja con ciertas ansias al lector. Esto debido a que puede quedar con la impresión de que, pese a la importancia de lo dicho (o por la importancia de lo dicho), hace falta un mayor análisis tanto del papel que América Latina juega en la geopolítica mundial actual, como de lo que ha ocurrido en Estados

Howard Waitzkin

Unidos, y en su política exterior, después de los trágicos acontecimientos del 11 de septiembre de 2001.

En resumen, este libro es una obra oportuna, pertinente, útil, incitante, reveladora y de gran actualidad. Una pieza que merece ser difundida de manera pronta, examinada con riguroso deleite y debatida con apasionado espíritu crítico. Algo que, sin lugar a dudas, podemos hacer en América Latina.

Juan Carlos Eslava C.
Profesor asistente
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, septiembre de 2013

Prefacio

Mi trabajo para este libro surgió del activismo y de la investigación, como médico y como científico social, en salud internacional. Durante los años de trabajo como médico de atención primaria en el sindicato del sistema hospitalario de la Unión de Campesinos (*United Farm Workers – UFW*), en la década de los setenta, me fui dando cuenta de que uno no necesita viajar fuera de los Estados Unidos para encontrar el “Tercer Mundo”. De hecho, áreas muy cercanas a casa presentan problemas y desafíos que se asemejan a los de los países que usualmente se catalogan como países económicamente menos desarrollados.

Más o menos al mismo tiempo, aprendí que los avances de la medicina en América Latina, originada en países que se consideran menos desarrollados que los Estados Unidos, ofrecían miradas esclarecedoras en nuestro propio país “más desarrollado”. Mi descubrimiento contradecía los supuestos subyacentes en mi educación previa: que la investigación de nivel superior y el trabajo intelectual tenían lugar en los Estados Unidos y en naciones similares, económicamente avanzadas.

Específicamente, descubrí la medicina social latinoamericana poco después del golpe de Estado militar que, el 11 de Septiembre de 1973, acabó con los tres años del gobierno socialista democráticamente elegido en Chile (denominado Unidad Popular), y que fue liderado por el presidente Salvador Allende, médico y líder en medicina social. En la Unión de Campesinos (*UFW*), los organizadores y miembros empezaron a discutir acerca de la dictadura posterior al golpe, especialmente sobre las muertes y la represión política que esa dictadura perpetró. Yo esperaba

pasar parte del año siguiente en Chile, contribuyendo a los avances en medicina y salud pública que se estaban dando bajo el gobierno de la Unidad Popular, pero el golpe se interpuso. Así que, en lugar de ir a trabajar a Chile, empecé a participar en el movimiento de solidaridad internacional que intentó auxiliar a los trabajadores de la salud y a otros ciudadanos chilenos a quienes la dictadura militar había torturado, capturado o amenazado de alguna manera. Más tarde, el movimiento de solidaridad se extendió a Argentina, Brasil, Uruguay, y muchos otros países en Centro y Suramérica –todos ellos gobernados durante ese periodo por dictaduras apoyadas por el gobierno de los Estados Unidos y parcialmente financiadas con el dinero de los impuestos de los ciudadanos estadounidenses.

Como parte de la campaña de solidaridad, colaboré con una colega, Hillary Modell, que había trabajado durante los dos años anteriores con el gobierno de la Unidad Popular en un programa de salud comunitaria. Después del golpe, Hillary había escapado en uno de los últimos aviones de evacuación de la Cruz Roja, y abandonó Chile. Dado que los profesionales de la salud norteamericanos sabían muy poco acerca de las campañas de la Unidad Popular o de la represión que siguió al golpe, decidimos escribir un artículo para difundir el conocimiento sobre la situación en Chile. Un colega chileno también colaboró en el artículo, pero decidió permanecer anónimo, por temor al peligro que correría en caso de que su identidad fuera conocida por la dictadura. Finalmente logramos publicar un influyente artículo en el *New England Journal of Medicine*, que recibió atención a nivel mundial¹. Aunque el artículo promovió acciones solidarias desde Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental, también enfureció a los miembros de la dictadura chilena, quienes oficialmente nos condenaron a Hillary y a mí. Como resultado, ninguno de los dos pudo viajar a Chile durante muchos años.

Mientras llevaba a cabo la investigación para este artículo, en la biblioteca de la Universidad de Stanford, hice un descubrimiento impresionante. En el catálogo de fichas de la biblioteca encontré la referencia de un libro escrito por Allende, en 1939: *La realidad médico-social chilena*². Obtuve

¹ Howard Waitzkin and Hillary Modell, “Medicine, Socialism, and Totalitarianism: Lessons from Chile”. *New England Journal of Medicine*, 291 (1974): 171–177.

² Salvador Allende, *La realidad médico-social chilena* (Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad, 1939).

una copia de la biblioteca del Instituto Hoover en Stanford, cuya colección era financiada con los recursos para la investigación contrainsurgente de la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos (*CIA*). Como lo reconocía el Instituto Hoover, el propósito de esta colección era proveer información útil para reprimir movimientos revolucionarios en América Latina, África y Asia.

La lectura del libro de Allende fue una experiencia transformadora a través de la cual empecé a apreciar la importancia de la medicina social latinoamericana. Allende, patólogo profesional, escribió el libro siendo ministro de salud del gobierno del Frente Popular, elegido hacía poco tiempo. Con el apoyo del su equipo en el ministerio, Allende presentó un análisis de la relación entre la estructura social, la enfermedad y el sufrimiento. Su trabajo conceptualizó la enfermedad como una alteración del individuo, fomentada por condiciones sociales de privación. Abriendo nuevos caminos en América Latina en ese momento, Allende describió las “condiciones de vida de las clases trabajadoras” que generaban enfermedad. Hizo énfasis en las condiciones sociales del subdesarrollo, la dependencia internacional y los efectos de la deuda externa y de los procesos de producción. En el libro, Allende se enfocó en varios problemas de salud específicos, incluyendo la mortalidad materna e infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades contagiosas, así como los trastornos emocionales y las enfermedades laborales. Abordando asuntos que no habían sido estudiados previamente, analizó el aborto ilegal, la respuesta a la tuberculosis relacionada con los avances económicos más que con las innovaciones en el tratamiento, el papel del hacinamiento en la aparición de enfermedades infecciosas y las diferencias entre los precios de los medicamentos genéricos y los de marca, que son producidos por la industria farmacéutica.

Observando la relevancia del libro de Allende en muchos aspectos que estábamos enfrentando en Estados Unidos, comencé un esfuerzo de largo plazo para estudiar la medicina social latinoamericana. Este proyecto implicó visitas a varios países en América Latina en los que los grupos de medicina social eran muy activos. Entre 1994 y 1995 estuve nueve meses en la región, patrocinado afortunadamente por becas del programa Fullbright y del Centro Internacional Fogarty, de los Institutos Nacionales de Salud estadounidenses (*Fogarty International Center of*

the U.S. National Institutes of Health), para llevar a cabo un estudio más exhaustivo del campo. Este proyecto permitió prolongadas visitas a grupos de medicina social en Chile, Argentina, Uruguay, Brasil, México, Ecuador y Cuba. Además de proporcionarme más lecturas, algunos colegas compartieron su tiempo generosamente conmigo, en charlas muy profundas.

Cada dos años, con escasas excepciones, también he asistido a los congresos de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Estos encuentros me han ayudado a mantenerme al tanto de los desarrollos actuales en la medicina social latinoamericana y a mantener amistades de larga duración con colegas de la región. Los congresos de ALAMES, liderados por colegas que recientemente, con el advenimiento de gobiernos progresistas en varios países (especialmente Brasil, Ecuador, Argentina, Uruguay, Chile, Venezuela y Bolivia), han logrado posiciones prominentes en los ministerios de salud de esos países, facilitaron mi esfuerzo continuo por comprender los cambios en los servicios de salud y en las políticas de salud pública.

* * *

Guiado por colaboraciones con colegas latinoamericanos, empecé a estudiar más a fondo las relaciones, las manifiestas así como las sutiles, entre salud e imperio. Los ejemplos de erudición comprometida de Allende y de otros líderes más recientes de la medicina social latinoamericana inspiraron una serie de investigaciones sobre cómo los servicios de salud y la salud pública se han entrecruzado con la construcción del imperio, tanto históricamente como en el presente. Estos estudios llevaron a reconocer que la salud pública y los servicios de salud no sólo contribuyeron al imperialismo histórico sino también a los patrones “neoimperialistas” vistos en los años más recientes. A medida que la conquista y el colonialismo militares se transformaron en más o menos sutiles formas de explotación económica y de coerción política (estas últimas siempre reforzadas con la amenaza de la intervención militar), la salud pública y los servicios de salud han contribuido al mantenimiento del imperio en nuevas y, algunas veces, sorprendentes formas. Aún así, de la mano de la crisis económica mundial, la resistencia al imperio se ha consolidado en todo el mundo. Especialmente en América Latina, los regímenes que anteriormente obedecían a los dictámenes e intereses corporativos de Estados Unidos y de Europa Occidental se han debilitado

y han desaparecido en buena medida. Remplazando las colonias y neocolonias, los nuevos gobiernos, surgidos de procesos electorales democráticos, han resistido a los patrones históricos del imperio. Estos nuevos regímenes se han rehusado crecientemente a aceptar los patrones históricos del imperio, que promovían explotación y pobreza alrededor del mundo. Líderes locales y nacionales han entrado en nuevas coaliciones que han transformado los patrones previos de dominación política y económica. A la par del debilitamiento crítico del sistema capitalista internacional, en medio de crisis financieras recurrentes, la emergencia de estos nuevos gobiernos y coaliciones en los primeros años del siglo XXI ha modificado la naturaleza fundamental del imperio.

El capitalismo estadounidense se ha convertido en algo diferente, con la socialización de amplios sectores económicos bajo la propiedad del gobierno, asemejándose cada vez más a los sistemas económicos “mixtos” de Europa. El capitalismo no se ha acabado exactamente, pero se ha convertido en un sistema plagado de contradicciones que no puede seguir sosteniendo los antiguos patrones de dominación internacional. Ahora que el capitalismo estadounidense como lo conocíamos se ha acabado, así como el imperio en su forma anterior ha terminado también, necesitamos entender de manera más compleja las relaciones entre imperio y salud, y cómo estas relaciones se están transformando.

* * *

Las tres partes del libro se centran en el pasado (referido al periodo hasta 1980, aproximadamente), el presente (incluyendo el pasado reciente, de 1980 a 2010), y el futuro. Para explicar los patrones históricos que han vinculado imperio y salud, la primera parte presenta un acercamiento conceptual general que guía el análisis subsiguiente. Este marco conceptual sitúa a la medicina y a la salud pública en el contexto más amplio del capitalismo y el imperialismo, y sostiene que las transformaciones que han ocurrido en la medicina y la salud pública, en los dos últimos siglos, se hacen más claras cuando este contexto político–económico recibe la atención necesaria. En el capítulo 1 considero el papel fundamental que las organizaciones filantrópicas de promoción de la salud pública han tenido en el imperio, las consideraciones económicas que motivaron la formación de nuestras principales organizaciones internacionales de salud, y cómo los tratados internacionales de comercio han vinculado la salud pública con el fortalecimiento del imperio. Las condiciones

generadoras de enfermedad del capitalismo histórico y del imperialismo son el foco del capítulo 2, que aclara la emergencia de la epidemiología social, con énfasis en la determinación social de la enfermedad y el sufrimiento. El capítulo 3 detalla el mercado internacional de productos y servicios de salud, así como el papel que éste mercado ha desempeñado en el fortalecimiento de las operaciones globales de las corporaciones multinacionales. En el capítulo 4 analizo algunas de las primeras resistencias frente a la dominación imperialista que ocurrieron en Chile y en Cuba, y cómo esa resistencia implicó una transformación de la salud pública y de los servicios de salud.

La segunda parte aborda la relación entre imperio y salud en el periodo histórico actual, operativamente definido desde alrededor de 1980 hasta, aproximadamente, 2010. Inicialmente, esta parte del libro se enfoca en las políticas generales de la historia reciente que han fortalecido al imperio y han debilitado la salud pública y los servicios de salud. El capítulo 5 explica el impacto de las políticas neoliberales político-económicas en el sector de la salud pública y en los servicios de salud mental, el proceso de privatización de estos servicios, el surgimiento de una nueva clase capitalista transnacional ligada a la penetración de los mercados internacionales de productos para la salud y el aseguramiento por parte de corporaciones multinacionales, el impacto de la globalización económica en el Estado nación y la consecuente pérdida de la soberanía nacional en la administración de la salud pública. En el capítulo 6 extiendo este análisis a los impactos específicos de los tratados internacionales de comercio en salud pública y medicina, incluyendo los efectos de las reglas de comercio y de su implementación, así como las reacciones de los profesionales de la salud y de los sectores en resistencia. El capítulo 7 esclarece las relaciones entre políticas macroeconómicas y salud, especialmente políticas basadas en el supuesto de que mejorar la salud conllevará a un aumento en el desarrollo económico, mediante la inversión privada.

Los siguientes capítulos de la segunda parte se concentran en el papel que desempeñan las corporaciones multinacionales y las instituciones financieras internacionales, así como en las ideologías y en las construcciones de la realidad que justifican las operaciones de los principales grupos de intereses. El capítulo 8 examina las organizaciones multinacionales de atención gerenciada y sus intentos por exportar

sus operaciones lucrativas desde Estados Unidos hacia otros países, incluyendo países cuyos programas nacionales en salud velan por asegurar el acceso universal a la atención médica. Las instituciones financieras internacionales y sus campañas para fomentar “reformas” que promuevan la reducción de los servicios del sector público y la privatización de programas reciben atención en el capítulo 9; México y Brasil son tratados como estudios de caso. En el capítulo 10 examino las bases ideológicas que justifican semejantes reformas bajo el sello de un nuevo “sentido común” que construye socialmente una racionalidad a favor de la erosión de los servicios públicos y de la expansión del sector privado. El capítulo 11 explora con más detalle las diferentes construcciones sociales de los principales grupos de intereses en las luchas actuales, vinculando comercio global, salud pública y servicios de salud: agencias gubernamentales, instituciones financieras internacionales y sectores en resistencia. El militarismo y las ideologías que sustentan la intervención militar, que refuerzan el imperio a través de intervenciones reales o de amenazas de intervención en países que no están dispuestos a aceptar las metas de los políticamente poderosos y los económicamente dominantes, componen el tema del capítulo 12; el impacto de la guerra en la salud y la salud mental del personal militar, así como la aparición de servicios civiles para personal militar que aspiran a fomentar la paz y reducir el militarismo, surgen como asuntos clave.

En la tercera parte examino el aparente final del imperio como lo conocemos, así como los cambios en la medicina y la salud pública que acontecen mientras el imperio muere lentamente. El capítulo 13 describe el fortalecimiento de la medicina social en América Latina y sostiene que las prácticas y conocimientos en este campo proveen un modelo inspirador para el trabajo intelectual y las prácticas en medicina y salud pública futuros. En el capítulo 14, que finaliza el libro, presento ejemplos de luchas clave hacia una medicina y unos sistemas públicos de salud más humanos que ilustran las condiciones del futuro previsible; basado en los esfuerzos innovadores en El Salvador, Bolivia, Ciudad de México y Venezuela, describo las líneas del activismo socio-médico en la era del posimperio.

* * *

En el ámbito material, mis colegas y yo nos hemos beneficiado con becas que han apoyado parcialmente este trabajo, de la *National Library of Medicine* (IG08 LM06688), el *New Century Scholars Program* de la Comisión *Fullbright*, la *John Simon Guggenheim Memorial Foundation*, el Fondo *Roothbert*, la *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* (1R03 HS13251), el *National Institute of Mental Health* (1R03 MH067012 y 1R25 MH60288), el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, RESIST, el *Research Allocations Committee*, de la Universidad de Nuevo México, y la *Robert Wood Johnson Foundation Center for Health Policy*, de la misma universidad. Las opiniones expresadas en este libro, por supuesto, no necesariamente representan las de las agencias que lo financiaron.

Me siento en deuda con mucha gente que proporcionó aportes colectivos y apoyo moral en varios momentos coyunturales. Esta nota da un reconocimiento inadecuado y asumo completamente la responsabilidad sobre cualquier error o problema en el manuscrito. Rebeca Jasso-Aguilar realizó contribuciones cruciales a este trabajo a través de su colaboración durante muchos años; ella es la coautora de los capítulos 5 y 14, y proporcionó su asistencia en otros capítulos. Sofia Borges, mi muy estimada hija, ofreció consejo editorial experto y contribuyó con sensibilidad al diseño del libro a un precio razonable. Jean Ellis-Sankari, Hillary Modell, Felipe Cabello, Lori Wallach, Carolyn Mountain y Ron Voorhees proporcionaron sugerencias útiles en varios puntos clave. Estoy muy agradecido con mis colegas, camaradas y amigos en América Latina—Jaime Breih, Arturo Campaña, Kenneth Camargo Jr., Alfredo Estrada, Celia Iriart, Silvia Lamadrid, Cristina Laurell, Francisco Mercado, Emerson Merhy, Jaime Sepúlveda, Mario Testa, Carolina Tetelbaum, Adriana Vega y, particularmente, Edmundo Granda, a cuya memoria he dedicado este libro. Ellos, y muchos otros colegas que trabajan en la medicina social en América Latina, me ofrecieron ejemplos inspiradores de trabajo intelectual comprometido, praxis y fortaleza personal, algunas veces bajo serias adversidades y peligros. Reconozco algunas otras contribuciones importantes de colegas y amigos entre las notas de los capítulos que siguen. Dean Birkenkamp brindó una guía muy útil en su desempeño como editor, tal como lo ha hecho en proyectos anteriores.

Parte 1
El pasado del imperio



Capítulo 1

El componente histórico de la salud en el Imperio

Aunque se trata de un fenómeno complejo y multifacético, defino “imperio”, en términos sencillos, como la expansión de las actividades económicas –especialmente la inversión, las ventas, la extracción de materias primas y el uso de la fuerza de trabajo para producir bienes y servicios– más allá de las fronteras nacionales, así como los efectos sociales, políticos y económicos de dicha expansión. El imperio ha logrado muchas ventajas para los países económicamente dominantes. Durante el siglo XVI emergió un “sistema mundo” en el que un grupo de potencias económicas llegó a controlar una red mundial de relaciones de intercambio económico¹. Durante siglos, el imperio utilizó como estrategias las conquistas militares y el mantenimiento de colonias bajo el control político directo. El declive del colonialismo en el siglo XX llevó a la emergencia del “neocolonialismo” político y económico, mediante el cual los países más pobres proporcionaban beneficios similares a los países más ricos, como lo habían hecho durante las versiones previas, más formales, del colonialismo.

La salud pública y los servicios de salud tuvieron roles importantes en varias fases del pasado del imperio. Las conexiones entre imperio, salud pública y servicios de salud operaron a través de instituciones específicas, incluyendo fundaciones filantrópicas, instituciones financieras internacionales, organizaciones de apoyo a los tratados de comercio y organizaciones internacionales para la salud. Ahora, dirijo la atención sobre cada una de esas instituciones, enfocándome principalmente en sus

historias tempranas. Más adelante en el libro, considero sus actividades más recientes.

Fundaciones filantrópicas

Aunque las nociones acerca de las contribuciones caritativas de personas adineradas hacia los necesitados se remontan en la civilización de Occidente a la práctica de “filantropía” griega, las prácticas modernas, que incluyen la creación de fundaciones con su propio estatus legal, iniciaron a principios del siglo XX, en gran medida por los esfuerzos de Andrew Carnegie. Después de amasar una fortuna en la industria del acero y de crear empresas filantrópicas, como las librerías Carnegie en ciudades a lo largo de todo Estados Unidos, Carnegie expresó sus opiniones acerca de las responsabilidades sociales de la riqueza, en escritos como *The Gospel of Wealth (El evangelio de la riqueza)*, publicado en 1901².

El libro de Carnegie desarrolló el principio según el cual contribuir con las necesidades de la sociedad era coherente con las buenas prácticas empresariales, en parte para lograr que la opinión pública acerca de las empresas capitalistas y de los empresarios individuales fuera favorable. Como señaló Carnegie, al contribuir inteligentemente con las necesidades sociales en lugar de despilfarrar sus riquezas, el negociante también aseguraba su propio ingreso al reino de los cielos (de ahí la alusión al “evangelio”). Entre otras características destacables del libro, Carnegie hizo una distinción entre el “imperialismo” y el más virtuoso “americanismo”: “El Imperialismo implica el respaldo de las fuerzas navales y militares. La fuerza moral, la educación, la civilización no son la columna vertebral del Imperialismo. Estas son las fuerzas morales que conducen a una civilización más avanzada, al Americanismo”³. Al crear fundaciones filantrópicas interconectadas, Carnegie actuaba para garantizar que sus creencias alcanzaran los frutos que él prefería, tanto en la disposición de su riqueza terrenal como en su propio futuro celestial.

La más contundente y temprana influencia de las fundaciones filantrópicas hacia la salud pública y los servicios de salud involucró a John D. Rockefeller y a la Fundación Rockefeller. Con su fortuna basada en el petróleo, Rockefeller imitó las actividades filantrópicas de Carnegie, pese a sus conflictos en el campo de las prácticas empresariales monopolísticas. No obstante, Rockefeller y sus asociados se movieron

más específicamente hacia el apoyo de las actividades en salud pública y los servicios de salud, que beneficiarían los intereses económicos de las corporaciones controladas por Rockefeller alrededor del mundo.

En particular, la Fundación Rockefeller dio inicio a campañas internacionales en contra de enfermedades infecciosas como los parásitos intestinales, la malaria y la fiebre amarilla. Entre 1913, el año de su fundación, y 1920, la fundación apoyó el desarrollo de institutos de investigación y programas de erradicación de enfermedades en todos los continentes, excepto la Antártica. Las enfermedades infecciosas eran un inconveniente para la expansión de las empresas capitalistas debido a varias razones, que se hicieron explícitas en los escritos de Rockefeller y de los directores de la Fundación Rockefeller⁴. En primer lugar, esas infecciones reducían la productividad al disminuir el esfuerzo que los trabajadores podían dedicar al trabajo (de ahí la designación de la uncinariasis como la “enfermedad de la pereza”). En segundo lugar, las infecciones endémicas en las regiones del mundo dedicadas a trabajos como la minería, la extracción de petróleo, la agricultura y la apertura de nuevos mercados para la venta de materias primas hicieron que esas regiones no fueran atractivas para los inversionistas y para el personal administrativo. En tercer lugar, a medida que las corporaciones asumían la responsabilidad sobre el cuidado de los trabajadores, especialmente cuando estos eran escasos en las áreas geográficas remotas, los costos de la atención aumentaban cuando las enfermedades infecciosas no podían ser prevenidas o tratadas fácilmente.

Para cubrir estos tres problemas—la productividad del trabajo, la seguridad para inversionistas y administradores, y los costos de atención—, las campañas masivas de la Fundación Rockefeller alrededor del mundo apoyaron la investigación y la prestación de servicios eficientes. Estos programas acogieron ciertas características que persisten hasta el día de hoy en algunas de las actividades de Rockefeller, así como en las de otras fundaciones, organizaciones internacionales para la salud y organizaciones no gubernamentales. Más que organizar programas “horizontales” para brindar un espectro completo de servicios de salud preventivos y curativos, la Fundación hizo énfasis en programas “verticales” iniciados por el donante, que se enfocaban en un pequeño número de enfermedades específicas, como la uncinariasis o la malaria. Adicionalmente, en lugar de amplias iniciativas en salud pública para

mejorar las condiciones económicas y de salud de las poblaciones en desventaja, la Fundación favoreció el desarrollo de vacunas y medicamentos que pudieran prevenir y tratar las enfermedades infecciosas catalogadas como las más problemáticas –una perspectiva a la que algunos se han referido como la “bala mágica”–. Más adelante nuestro cómo estas orientaciones perviven, aun en los esfuerzos más recientes y a gran escala de las fundaciones para abordar problemas de salud pública en los países menos desarrollados⁵.

Instituciones financieras internacionales y tratados de comercio

Aunque el comercio entre naciones y continentes data de siglos atrás, el marco para las instituciones financieras internacionales modernas y los tratados de comercio comenzó después de la Segunda Guerra Mundial, con los pactos de Bretton Woods. Estos pactos, que surgieron gradualmente como un mecanismo importante para proteger los imperios político–económicos de los Estados Unidos y los países de Europa occidental, avanzaron a partir de reuniones en Bretton Woods, New Hampshire, que incluían representantes de los países que resultaron victoriosos en la Segunda Guerra Mundial. Los acuerdos inicialmente se enfocaron en la reconstrucción económica de Europa. Entre 1944 y 1947, las negociaciones en Bretton Woods condujeron a la creación del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial, así como al establecimiento del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, por su sigla en inglés)⁶.

Para la década de los sesenta, después de la recuperación de Europa, estas instituciones y acuerdos expandieron gradualmente su enfoque hacia los países menos desarrollados. El Banco Mundial, por ejemplo, adoptó como visión institucional “nuestro sueño: un mundo sin pobreza”⁷. Sin embargo, como el FMI y el Banco Mundial brindaron la mayoría de la asistencia a través de préstamos y no de subvenciones, la deuda de los países más pobres se incrementó rápidamente. Para 1980, muchos de los países menos desarrollados, incluyendo los más pobres del mundo, gastaban aproximadamente la mitad de su producción económica, medida por el producto interno bruto, en pagar sus deudas a las instituciones financieras internacionales, aunque los objetivos de esas instituciones

hacían énfasis en la reducción de la pobreza. Esas instituciones financieras internacionales, a principios de los años ochenta, adoptaron una serie de políticas económicas conocidas como “el Consenso de Washington”. Promovidas principalmente por los Estados Unidos y el Reino Unido, estas políticas incluían la desregulación y la privatización de los servicios públicos, lo que se sumaba a la crisis de la deuda al limitar aún más los esfuerzos en salud pública y los servicios de salud que los países menos desarrollados podían proveer⁸.

El GATT inicialmente pretendía reducir las tarifas y las cuotas de comercio entre los veintitrés países miembros. Sus principios, bastante sencillos, incluían el “tratamiento de nación más favorecida” (según el cual las mismas reglas de comercio eran aplicadas a todas las naciones participantes) y el “tratamiento nacional” (que exigía no discriminar entre bienes internos y externos en materia de impuestos y regulaciones)⁹. El GATT también estableció una agenda de negociaciones con respecto a los tratados de comercio.

Desde sus modestos orígenes en el GATT, los tratados de comercio internacional finalmente se transformaron en una estructura masiva de reglas de comercio que ejercerían efectos profundos en la salud pública y en los servicios de salud alrededor del mundo¹⁰. Aunque examino los tratados de comercio recientes en el Capítulo 6, un bosquejo breve de la transición del GATT a lo que le siguió resulta dramático. A medida que el ritmo de las transacciones internacionales se intensificaba, facilitado por los avances tecnológicos en comunicaciones y transportes, la Organización Mundial del Comercio (OMC) reemplazó en 1994 la colección de tratados inconexos implantados bajo las cláusulas del GATT. La OMC y los tratados de comercio regionales han pretendido eliminar las barreras arancelarias y no arancelarias al comercio.

Desde la estrecha visión del GATT, cuyo foco incluía únicamente las barreras arancelarias, el creciente arsenal de tratados de comercio internacional acompañados por la OMC expandió el alcance de las reglas de comercio mucho más allá de las barreras arancelarias. En su lugar, los nuevos acuerdos de comercio incluían una variedad de medidas de salud pública, tales como la protección ambiental, las regulaciones de seguridad y salud ocupacional, la garantía de calidad para alimentos y medicamentos, la propiedad intelectual referente a medicamentos y equipos patentados, e incluso los servicios de salud en sí mismos, como

potenciales barreras no arancelarias para el comercio. Como argumento más adelante, esta perspectiva en los tratados de comercio transformó la soberanía de los gobiernos para regular la salud pública y para brindar servicios de salud.

Organizaciones internacionales de salud

La primera aproximación a una organización internacional de salud pública se desarrolló en Europa durante la Edad Media. En ese tiempo, algunos gobiernos establecieron *cordones sanitarios* –fronteras vigiladas que impedían a la gente entrar o salir de las áreas geográficas afectadas por epidemias de enfermedades infecciosas– locales, nacionales e internacionales. Adicionalmente, los gobiernos impusieron cuarentenas marítimas que impedían a los barcos atracar en los puertos después de haber visitado regiones donde se estuvieran presentando epidemias. Las autoridades “sanitarias” surgían *ad hoc* y se mantenían activas principalmente cuando se presentaba o se anticipaba la epidemia¹¹.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, el crecimiento de las economías de exportación y la expansión de intereses económicos a nivel mundial causaron la desaparición de la salud pública marítima convencional. En cambio, la motivación para la cooperación internacional en asuntos de salud pública surgió principalmente de la preocupación por las enfermedades infecciosas como detrimento para el comercio entre las naciones que participaban en la expansión de la empresa capitalista. La necesidad de proteger los puertos, las inversiones y los latifundios, tales como las plantaciones, de enfermedades infecciosas proporcionó incentivos para rediseñar la salud pública internacional.

La primera organización internacional para la salud formalmente constituida surgió en las Américas. Fundada en Washington D.C. en 1902, explícitamente como un mecanismo para proteger el comercio y las inversiones de los costos de las enfermedades, la Oficina de Sanidad Internacional se centró en la prevención y el control de epidemias¹². Las campañas de erradicación del mosquito y la implementación de una vacuna contra la fiebre amarilla mantuvieron ocupados a los profesionales de la salud de esta organización durante los primeros años del siglo XX. Durante ese período, los planes avanzaban hacia la construcción del Canal de Panamá, el desarrollo de empresas agrícolas en las “*banana*

republics” de Centroamérica y del norte de Suramérica, y la extracción de recursos minerales como materia prima para la producción industrial de áreas como el sur de México, Venezuela, Colombia y Brasil. El trabajo en los trópicos exigía iniciativas en salud pública contra las enfermedades transmitidas por mosquitos, como la fiebre amarilla y la malaria, las enfermedades parasitarias como la uncinariasis, y las enfermedades virales y bacterianas más comunes como la diarrea endémica.

Como primera organización internacional para la salud moderna, la Oficina de Sanidad Internacional dedicó gran parte de sus actividades iniciales a la vigilancia, prevención y control de enfermedades infecciosas, principalmente para proteger el comercio y las actividades económicas a lo largo de las Américas. Más tarde, durante los años cincuenta, la Oficina de Sanidad Internacional se convirtió en la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en 1958 cambió su nombre a Organización Panamericana de la Salud (OPS). Posteriormente, la misión en salud pública de la OPS se expandió¹³. Sin embargo, la OPS ha mantenido su atención en la protección del comercio hasta el presente y, en general, ha apoyado las disposiciones de los tratados de comercio internacional.

La OMS surgió en 1948 como una de las suborganizaciones que componían la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Aunque la prevención y el control de las epidemias de enfermedades infecciosas permanecieron como objetivos clave a través de su historia, la OMS no enmarcó su función en el control de las enfermedades infecciosas como una forma de proteger el comercio y las transacciones económicas internacionales – como sí lo hizo la OPS en sus primeros años. En cambio, durante los años setenta, la OMS dio prioridad a las mejoras en la distribución de servicios de salud, especialmente en la atención primaria; esta orientación culminó en la famosa declaración de la OMS sobre atención primaria en salud, emitida en una conferencia internacional en Alma-Ata, URSS, en 1978, la cual estableció directrices para las acciones posteriores de la OMS y sus filiales¹⁴. Como el principio del derecho universal a los servicios de atención primaria en todo el mundo se convirtió en una de las prioridades de la OMS, la organización adoptó una posición de defensa fuerte a favor de los programas para mejorar el acceso a la atención, especialmente en los países más pobres.

Entre finales de los años setenta y principios de los ochenta, la OMS entró en una crisis financiera crónica, producida principalmente por la frágil financiación proporcionada a su organización matriz, la ONU. Por oposición ideológica frente a varios programas operados por las organizaciones que componían la ONU, especialmente los de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), la administración Reagan retuvo grandes porciones del presupuesto anual de Estados Unidos destinados a la ONU; como resultado, la ONU empezó a experimentar crecientes recortes presupuestales que transfirió a sus filiales, incluida la OMS. El Banco Mundial ocupó este vacío financiero y comenzó a contribuir con gran parte del presupuesto de la OMS (la proporción exacta del presupuesto de la OMS dependiente de la financiación del Banco Mundial se mantuvo cubierto del escrutinio público). A medida que su base financiera dependía más del Banco Mundial y menos de la ONU, las políticas de la OMS se transformaron hacia una orientación más parecida a la de las instituciones financieras y los tratados de comercio internacionales. La crisis financiera, originada por la falta de pago de las cuotas por parte de Estados Unidos, eventualmente llevó a la OMS a una perspectiva de la política en materia de comercio internacional que resultó similar a la orientación previa de la OPS.

De esta forma, la historia de las organizaciones internacionales de salud manifiesta una colaboración constante con instituciones que buscan proteger el comercio y el intercambio. Constituido sobre el interés del comercio, el predecesor organizacional de la OPS dedicó medio siglo de iniciativas en salud pública principalmente a la prevención y control de infecciones, que amenazaban la viabilidad del comercio y de las inversiones. La OPS y, eventualmente, la OMS buscaron mejorar las condiciones de salud en los países pobres, en parte como un medio para fortalecer las posiciones económicas de los países ricos, facilitando las actividades para la extracción de materias primas y para la apertura de nuevos mercados. Los esfuerzos de las organizaciones internacionales de salud en nombre del imperio se volvieron el foco principal de la empresa de la salud pública que esas organizaciones promovían.

Un punto de vista a contracorriente

Retomaré estos temas en la Parte 2, donde examino las conexiones recientes entre imperio, salud pública y servicios de salud con más detalle; sin embargo, la forma en que estas conexiones recientes evolucionaron refleja en parte los patrones establecidos durante la emergencia del imperio a finales del siglo XIX y principios del XX, y su florecimiento durante el período de la segunda posguerra. Los componentes históricos del imperio considerados –la extracción de materias primas y capital humano, la explotación de mano de obra barata en países menos desarrollados, la emergencia de una clase capitalista internacional, la conquista militar o la amenaza de conquista, las contribuciones de las fundaciones para la expansión capitalista en el extranjero, las posiciones clave de las organizaciones financieras y los tratados de comercio internacionales, y el papel principal de las organizaciones internacionales de salud– serán temas recurrentes en el libro, a medida que recuento las formas más recientes en las que el imperio, la salud pública y los servicios de salud se han vinculado estrechamente.

Simultáneamente con los conceptos e ideologías que fundamentaron el crecimiento y el mantenimiento del imperio, emergió históricamente un punto de vista a contracorriente. Este enfoque demostró las críticas al imperio y sacó a la luz conexiones problemáticas entre las empresas capitalistas, la expansión imperial, las deficiencias de salud y la muerte temprana. Esta aproximación a contracorriente, que desembocó en la preocupación actual sobre los determinantes sociales de la enfermedad, es el foco del siguiente capítulo.



Capítulo 2

Condiciones generadoras de enfermedad del capitalismo y el imperio

Las condiciones de la sociedad que generan enfermedad y muerte han sido largamente olvidadas y redescubiertas en cada generación. Ahora, cuando los factores ambientales y laborales productores de enfermedad amenazan la supervivencia de la humanidad y otras formas de vida, no sorprende que tales problemas reciban atención. Pero existe una larga historia de investigación y análisis acerca de las relaciones entre los sistemas político–económicos, los determinantes sociales de la salud y la salud de las poblaciones que no ha sido tenida en cuenta a pesar de su relevancia respecto a la situación actual.

Cómo surgió este punto de vista

Tres personas –Friedrich Engels, Rudolf Virchow y Salvador Allende– hicieron contribuciones importantes para comprender los orígenes sociales de la enfermedad bajo el capitalismo y el imperio. Aunque otros escritores también han examinado este tema¹⁵, los trabajos de Engels, Virchow y Allende son importantes en varios aspectos; los tres enfatizan en la importancia de los sistemas político–económicos como causas de las condiciones sociales generadoras de enfermedad. Engels y Virchow proporcionaron análisis del impacto de las condiciones económicas y políticas¹⁶ en la salud que esencialmente crearon la perspectiva de la medicina social. Ambos fueron hombres activos durante los agitados años de la década de 1840, y ambos tomaron decisivas –aunque divergentes– acciones para corregir las condiciones que describieron, mediante

el cambio económico y político. El trabajo clave de Allende apareció en un período histórico posterior, la década de 1930, y en un contexto geopolítico diferente. Mientras Engels y Virchow documentaron el impacto del capitalismo temprano, especialmente antes de la expansión del imperio, Allende se centró en el imperio y el subdesarrollo. Aunque son muy poco conocidos en Norteamérica y Europa Occidental, los estudios en medicina social de Allende han influenciado esfuerzos para alcanzar cambios político–económicos que mejoren las condiciones de salud en Latinoamérica y otros lugares del mundo menos desarrollado.

Si bien Engels, Virchow y Allende coincidieron en ciertos temas que contribuyen a nuestra comprensión de las conexiones entre salud, capitalismo e imperio, también divergieron, en especial respecto de las estructuras político–económicas de opresión que causan la enfermedad, las contradicciones sociales que inhiben el cambio, y los caminos de reforma de los sistemas político–económicos que promoverían salud más que enfermedad. Una mirada retrospectiva de estos trabajos pioneros ofrece una perspectiva histórica a los temas que hoy adquieren mayor urgencia. Sus trabajos han influido a una nueva generación de investigadores y activistas, quienes también se enfocan, en gran medida, en los sistemas político–económicos como determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

Friedrich Engels

Engels escribió su primer libro importante, *La situación de la clase obrera*, en Inglaterra, bajo circunstancias cuyas ironías son bien conocidas hoy¹⁷. Entre 1842 y 1844, Engels trabajó en Mánchester como administrador de rango medio en una fábrica textil de la que su padre era copropietario. Engels cumplía con sus deberes administrativos de forma desinteresada, mientras se adentraba en la vida de la clase obrera inglesa. La riqueza del tratamiento que dio Engels a la existencia de la clase obrera ha atraído la atención de la crítica, tanto de posiciones simpatizantes como beligerantes¹⁸; su análisis de los orígenes político–económicos de la enfermedad, aunque es central para su explicación de las condiciones de la clase obrera, ha recibido relativamente poca atención.

En ese libro, la posición teórica de Engels no deja lugar a dudas. Para las personas de la clase obrera, las raíces de la enfermedad y de la muerte temprana se encuentran en la organización de la producción económica y

en el entorno social¹⁹. El capitalismo británico, sostiene Engels, obligaba a la clase obrera a vivir y trabajar en circunstancias que inevitablemente causaban enfermedad; esta situación no estaba oculta, sino que era bien conocida por la clase capitalista. La contradicción entre ganancia y seguridad empeoró los problemas de salud y se interpuso en el camino de las mejoras necesarias.

La perspectiva teórica de Engels, sin embargo, se enfocó en los profundos impactos del sistema político-económico y la estructura de clase, así como en las dificultades para el cambio mientras los efectos de la clase social bajo el temprano capitalismo industrial persistieran. Considerando los efectos de las toxinas ambientales, denunciaba que la limitada planeación de las casas en los distritos residenciales de la clase obrera no permitía una ventilación adecuada de las sustancias tóxicas; los apartamentos de los obreros circundaban patios centrales, sin comunicación directa a la calle; los gases de carbono, producto de la combustión y de la respiración humana, se concentraban y permanecían entre los cuartos de habitación. Como no existían sistemas de disposición de desechos humanos ni animales, estos residuos dejados en los patios, en los apartamentos, o en la calle, contaminaban gravemente el aire y el agua. Estas precarias condiciones de vivienda llevaron al incremento de enfermedades infecciosas, particularmente de la tuberculosis. Engels se dio cuenta de que el hacinamiento y la falta de ventilación contribuían a la alta mortalidad, a causa de tuberculosis, en Londres y otras ciudades industriales. El tifus, transmitido por los piojos, también se propagó debido a condiciones de sanidad y ventilación inadecuadas.

En cuanto a la nutrición, Engels trazó conexiones entre las condiciones sociales, la nutrición, y la enfermedad, haciendo énfasis en el costo y en la escasez crónica del suministro de alimentos para los trabajadores urbanos y sus familias. La falta de instalaciones adecuadas para el almacenamiento en los mercados condujo a la contaminación y al desperdicio. Los problemas de malnutrición eran agudos, especialmente en los niños. Engels consideró la escrófula como una enfermedad relacionada con la mala nutrición; este punto de vista antecedió al descubrimiento de la tuberculosis bovina como causante principal de la escrófula, y a la pasteurización de la leche como medida preventiva. También describió las deformidades esqueléticas del raquitismo como

un problema nutricional mucho antes del hallazgo médico de que la deficiencia de vitamina D en la dieta causa raquitismo.

El análisis de Engels sobre el alcoholismo se centró en las fuerzas sociales que promovían el exceso de bebida. Desde la perspectiva de Engels, el alcoholismo funcionaba como respuesta a las miserias de la vida de la clase obrera; por falta de fuentes alternativas de gratificación emocional, los obreros se volcaban al alcohol. Los individuos de la clase obrera no podían ser señalados como responsables por el abuso de alcohol; por el contrario, el alcoholismo, en última instancia, era responsabilidad de la clase capitalista:

El licor es su [de los obreros] única fuente de placer [...]. El hombre trabajador [...] debe tener algo que haga que el trabajo valga la pena, para hacer soportable la perspectiva del día siguiente [...]. La embriaguez ha cesado de ser un vicio del que el vicioso puede ser señalado responsable [...]. Quienes han degradado al hombre trabajador a un simple objeto, deben cargar con la responsabilidad²⁰.

Para Engels, como el alcoholismo estaba arraigado firmemente a la estructura social, atribuir responsabilidad al individuo trabajador era un error. Si la experiencia de las condiciones de privación social causaba alcoholismo, la solución incluía un cambio político–económico fundamental, más que programas de tratamiento centrados en el individuo.

Engels también analizó las estructuras de opresión en la organización social de la medicina, y enfatizó en la mala distribución del personal médico. De acuerdo con Engels, la clase obrera tuvo que lidiar con la “imposibilidad de emplear médicos calificados en casos de enfermedad”²¹. Las enfermerías que ofrecían servicios de caridad cubrían solamente una pequeña porción de las necesidades de atención profesional de las personas. Engels criticó los remedios sin receta, con contenido de opiáceos, que los boticarios suministraban para las enfermedades infantiles. Las altas tasas de mortalidad infantil en los distritos de la clase obrera, expuso Engels, se podían explicar en parte por la falta de atención médica y en parte por la promoción de medicamentos inapropiados.

Después Engels llevó a cabo una investigación epidemiológica sobre las tasas de mortalidad y la clase social, usando estadísticas demográficas recopiladas por los funcionarios de salud pública; mostró que las tasas de mortalidad eran inversamente proporcionales con la clase social,

no solamente en ciudades enteras, sino también dentro de los distritos geográficos específicos de las ciudades; subrayó que en Mánchester la mortalidad infantil era sustancialmente mayor entre los niños de la clase obrera que entre los niños de las clases más altas. Adicionalmente, Engels habló de los efectos acumulativos que la clase y el urbanismo tienen sobre la mortalidad infantil; citó datos que demostraban tasas más altas de mortalidad por epidemias de enfermedades infecciosas, como viruela, sarampión, fiebre escarlata y tos ferina, entre los niños de la clase obrera. Para Engels, el hacinamiento, la vivienda precaria, las instalaciones sanitarias inadecuadas y la polución –características estándar de la vida urbana– se combinaban con la posición de clase social para causar enfermedad y mortalidad temprana.

Al describir tipos particulares de trabajo industrial, Engels dio explicaciones anticipadas para enfermedades ocupacionales que no recibieron un estudio intensivo hasta bien entrado el siglo XX. Muchas afecciones ortopédicas, en la visión de Engels, eran derivadas de las exigencias físicas del industrialismo. Trató las curvaturas de la espina dorsal, las deformidades de las extremidades inferiores, el pie plano, las várices y las úlceras en las piernas como manifestaciones de las exigencias laborales que requerían mantenerse durante largos periodos de tiempo en una posición erguida. A propósito de los efectos sobre la salud de la postura, el estar de pie y la ejecución de movimientos repetitivos, Engels anotó que:

Todas estas afecciones se explican fácilmente por la naturaleza del trabajo fabril [...]. Los operarios [...] deben permanecer de pie todo el tiempo. Y el que se sienta, digamos en una cornisa o en un cesto, es castigado, y esa posición erguida perpetua, esa presión mecánica constante de las partes superiores del cuerpo sobre la espina dorsal, caderas y piernas, inevitablemente produce los resultados mencionados. Permanecer de pie no es requerido por el trabajo en sí mismo²².

El entendimiento de que los trastornos musculo–esqueléticos crónicos pueden ser resultado de posturas estáticas o de pequeños movimientos repetitivos parece bastante sencillo. Aun así, esta fuente de enfermedad, que es completamente diferente a la de algún accidente específico o a la exposición a una sustancia tóxica, ingresó en la medicina ocupacional

como un tema de preocupación importante solo hacia el final del siglo XX.

Las consideraciones de Engels acerca de la enfermedad pulmonar ocupacional fueron detalladas y de largo alcance; su presentación de la patología pulmonar de los trabajadores textiles antecedió por muchos años a la caracterización médica de la bisinosis o pulmón marrón:

En muchas salas de las fábricas de algodón y lino, el aire está lleno de polvo fibroso que produce afecciones pectorales, especialmente entre los trabajadores de las salas de cardado e hilado [...]. Los efectos más comunes de respirar este polvo son el escupir sangre, una respiración fuerte y ruidosa, dolores en el pecho, tos, insomnio, en resumen, todos los síntomas del asma²³.

Engels también hizo una descripción paralela del “asma de los afiladores”, una enfermedad respiratoria causada por inhalar las partículas del polvo de metal en la manufactura de cuchillos y tenedores. Los efectos patológicos del polvo de algodón y del polvo de metal en el pulmón eran similares; Engels se dio cuenta de las similitudes en los síntomas sufridos por los dos grupos diferentes de trabajadores.

Engels analizó los estragos del trastorno pulmonar entre los mineros del carbón; reportó que el polvo de carbón no ventilado causaba inflamación pulmonar, tanto aguda como crónica, que frecuentemente conducía a la muerte. Engels observó que la “saliva negra” —el síndrome que ahora se llama neumoconiosis de los mineros del carbón, o enfermedad del pulmón negro— estaba asociada con otras complicaciones gastrointestinales, cardíacas y reproductivas, y al señalar que esta enfermedad pulmonar era prevenible demostró la contradicción entre ganancia y seguridad como determinante político-económico de la enfermedad en la industria capitalista:

Todos los casos de esta enfermedad son fatales [...]. En todas las minas de carbón que están bien ventiladas esta enfermedad es desconocida, mientras que frecuentemente sucede que los mineros que van de las minas bien ventiladas a las que no lo están son atacados por ella. La avaricia de los dueños de las minas que no permite el uso de ventiladores es, por lo tanto, responsable por el hecho de que esta enfermedad de los trabajadores exista²⁴.

Después de más de un siglo y medio, la misma contradicción estructural impide la prevención de la enfermedad del pulmón negro.

Engels intercaló sus observaciones sobre la enfermedad con muchas otras percepciones acerca de la opresión de clase. Su argumentación suponía que la solución a estos problemas de salud requería cambios político–económicos fundamentales; las limitadas intervenciones médicas nunca podrían darle paso a las mejoras más necesarias. Aunque los primeros trabajos de Engels sobre temas médicos se han escapado a muchos investigadores y activistas posteriores, su análisis ejerció gran influencia intelectual y política en uno de los fundadores de la medicina social: Rudolf Virchow.

Rudolf Virchow

Virchow, un médico del siglo XIX que hizo contribuciones importantes en medicina social, antropología, patología celular y actividad parlamentaria, desarrolló una explicación unificada de las fuerzas físicas y sociales que causaban la enfermedad y el sufrimiento humano; utilizó un abordaje dialéctico de los problemas biológicos y sociales, al percibir los procesos naturales y sociales como series de antítesis; en 1847 anticipó las revoluciones de 1848 al advertir que la aparente tranquilidad social sería “negada” a través del conflicto social con el fin de alcanzar una “síntesis superior”²⁵. Virchow utilizó un análisis dialéctico similar al delinear el proceso del conocimiento científico²⁶.

Virchow puso de manifiesto estas orientaciones –ciencia aplicada, dialéctica y materialismo– en sus análisis de enfermedades específicas, y destacó las circunstancias materiales e históricas concretas en las que aparecía la enfermedad, las fuerzas político–económicas contradictorias que impedían la prevención y el papel del investigador en la defensa de la reforma. En el análisis de la etiología multifactorial, Virchow aseguró que los factores causantes más importantes eran las condiciones materiales de la vida cotidiana de la gente; esta visión implicaba que un sistema de atención en salud efectivo no podía estar limitado al tratamiento de los trastornos fisiopatológicos de los pacientes individuales.

Con base en el estudio de una epidemia de tifus en la Alta Silesia, una epidemia de cólera en Berlín y un brote de tuberculosis en Berlín entre 1848 y 1849, Virchow desarrolló una teoría de las epidemias que hacía énfasis

en las estructuras político–económicas que promovían la propagación de la enfermedad; argumentó que los defectos de la sociedad eran una condición necesaria para la aparición de epidemias. Virchow clasificó algunas enfermedades como “enfermedades de masas” o “enfermedades artificiales”; estas incluían el tifus, el escorbuto, la tuberculosis, la lepra, el cólera, la fiebre recurrente y algunos trastornos mentales. De acuerdo con este análisis, las condiciones sociales inadecuadas incrementaban la susceptibilidad de la población al clima, a los agentes infecciosos y a otros factores causantes específicos –ninguno de los cuales podría generar una epidemia por sí solo. Para la prevención y erradicación de las epidemias, el cambio político económico era tan importante como la intervención médica, si no más, así: “las mejoras en la medicina podrán eventualmente prolongar la vida humana, pero las mejoras en las condiciones sociales pueden lograr este resultado incluso más rápida y exitosamente”²⁷.

Las contradicciones sociales que Virchow relevó más fuertemente fueron las de la estructura de clases; describió las privaciones que enfrentaba la clase obrera y vinculó patrones de enfermedad a esas privaciones. Virchow también notó que las tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente las infantiles, eran mucho más altas en los distritos de clase obrera de las ciudades que en las áreas más ricas; como documentación, utilizó las estadísticas citadas por Engels, así como datos que él mismo recogió en ciudades alemanas. Al describir las condiciones inadecuadas de vivienda, nutrición y vestido, Virchow criticaba la apatía de los funcionarios gubernamentales a prestar atención a estas causas primordiales de enfermedad. Virchow expresó su indignación acerca de las condiciones de clase más contundentemente en su discusión sobre epidemias como el brote de cólera en Berlín:

¿Acaso no es claro que nuestra lucha es social, que nuestro trabajo no es escribir instrucciones para preocupar a los que consumen melones y salmón, tortas y helados, en corto, a la cómoda burguesía, sino crear instituciones para proteger a los pobres que no tienen pan fresco, buena carne, vestidos abrigados, cama, y quienes, por su trabajo, no pueden vivir de arroz y té de manzanilla...? Que los ricos recuerden en el invierno, cuando se sienten en frente de sus braseros calientes y regalen manzanas de navidad a sus pequeños, que las manos que trajeron el carbón y las manzanas murieron de cólera. Es

tan triste que miles tengan siempre que morir en la miseria para que unos pocos cientos puedan vivir bien²⁸.

Para Virchow, las privaciones de la vida de la clase obrera generaban susceptibilidad a la enfermedad; cuando los organismos infecciosos, cambios climáticos, hambruna u otros factores causantes se hacían presentes, la enfermedad se propagaba rápidamente entre la comunidad. Debido a que clarificó los orígenes sociales de la enfermedad, Virchow abogó por una visión amplia de la salud pública y del médico científico; atacó las estructuras de la opresión en la medicina, particularmente las políticas de los hospitales que exigían el pago a los pobres en lugar de asumir su atención como un asunto de responsabilidad social. Virchow vislumbró la creación de un “servicio público de salud”, un sistema integrado de servicios de atención en salud, de propiedad y administración pública, cuyo personal serían trabajadores de la salud empleados por el Estado; semejante sistema definiría la atención en salud como un derecho constitucional de los ciudadanos. Este derecho incluiría las condiciones político–económicas que contribuyeran a la salud y no a la enfermedad²⁹.

Otros dos principios fueron centrales en la concepción de salud pública de Virchow: la prevención y la responsabilidad del Estado de garantizar seguridad material a los ciudadanos. El énfasis que Virchow puso en la prevención derivó principalmente de su observación de las epidemias, que él creía se podían prevenir con cambios precisos en las políticas sociales; encontró una causa importante en las malas cosechas de papa que precedieron a las epidemias; los funcionarios gubernamentales pudieron haber prevenido la malnutrición distribuyendo alimentos de otras partes del país. Virchow sostuvo que la prevención era, en gran medida, un problema político–económico: “nuestra política era la profilaxis; nuestros oponentes preferían la de la paliación”³⁰. Los trabajadores de la salud no podrían lograr la prevención de la enfermedad únicamente a través de actividades en el campo médico; la seguridad material también era esencial. Las responsabilidades del Estado, sostenía Virchow, incluían dar trabajo a los ciudadanos físicamente capaces; únicamente con condiciones de producción económica que garantizaran el empleo los trabajadores podrían obtener la seguridad económica necesaria para la buena salud; así mismo, los discapacitados debían disfrutar el derecho a un soporte financiero por parte del Estado³¹.

Las visiones de Virchow acerca de los orígenes sociales de la enfermedad abrieron campo a un amplio espectro de tareas médicas: el estudio de las condiciones sociales como parte de la investigación clínica y el compromiso de los trabajadores de la salud en la acción política. Virchow trazó con frecuencia conexiones entre la medicina, la ciencia social y la política: “la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”³². El análisis de Virchow en estos asuntos desapareció del discurso público, en gran medida a causa de las fuerzas políticas conservadoras que dieron forma al curso de la medicina científica durante finales del siglo XIX y principios del XX. Sus contribuciones establecieron pautas para los intentos actuales de entender y cuestionar las condiciones político–económicas generadoras de la enfermedad y el sufrimiento.

Salvador Allende

Aunque los empeños políticos de Allende son más conocidos que su carrera médica, sus escritos y esfuerzos por reformar la medicina y la salud pública sirvieron como una de varias influencias importantes en la medicina social, especialmente en América Latina. Reconociendo deudas intelectuales a Engels, Virchow y otros autores que analizaron las raíces sociales de la enfermedad en la Europa del siglo XIX, Allende implementó un modelo político económico sobre los problemas médicos en el contexto del imperio y el subdesarrollo económico; este modelo hace énfasis en las características sociales que podrían ser modificadas por una reforma de las políticas.

Allende reconoció que los problemas de salud de la población chilena derivaban en gran medida de las condiciones políticas y económicas del país. En 1939, como ministro de salud del gobierno del Frente Popular, Allende presentó su análisis de las relaciones entre economía política, enfermedad y sufrimiento en su libro *La realidad médico–social chilena*³³. El libro conceptualizó la enfermedad como un trastorno del individuo, que muchas veces era causado por condiciones sociales precarias; este punto de vista sugería que el cambio social era la única aproximación potencialmente terapéutica frente a muchos problemas de salud. Después de una introducción acerca de las conexiones entre el sistema político–económico y la enfermedad, Allende presentó algunos “antecedentes” geográficos y demográficos para contextualizar problemas de salud

específicos; compartiendo un enfoque similar al de Engels y Virchow, se centró en las “condiciones de vida de las clases trabajadoras”.

En su explicación de la vida de la clase obrera, Allende hizo énfasis en el imperialismo capitalista, particularmente en las corporaciones multinacionales que extraían ganancias de los recursos naturales chilenos y de la mano de obra barata; afirmó que para mejorar el sistema de atención en salud, el gobierno del Frente Popular debía cambiar la naturaleza del imperio:

A las empresas capitalistas no les inquieta que haya una población de trabajadores que viva en condiciones deplorables, que esté en riesgo de ser consumida por las enfermedades o que vegete en el obscurantismo [...]. [Sin] el auge económico [...] es imposible edificar algo serio desde el punto de vista de la higiene y la medicina [...] porque es imposible dar salud y conocimiento a un pueblo que se alimenta mal, que viste andrajos y que trabaja en un plano de inmisericorde explotación³⁴.

Su tono analítico y su tabulación estadística ocultaron ligeramente la indignación de Allende hacia las contradicciones de la estructura de clases y el subdesarrollo que el imperio fomentaba.

Allende se enfocó primero en los salarios, a los que veía como un determinante primario en la salud de los trabajadores. Muchas de sus observaciones político-económicas anticiparon preocupaciones posteriores, como las diferencias salariales entre hombres y mujeres, el impacto de la inflación y lo inadecuado de las leyes que pretendían asegurar un ingreso de subsistencia básica. Vinculó su exposición sobre los salarios directamente con el problema nutricional y presentó datos comparativos entre el acceso al alimento, el poder adquisitivo y el desarrollo económico. No solo la producción de leche y de otros alimentos básicos era menos eficiente que en países más desarrollados, sino que el menor poder adquisitivo de los trabajadores chilenos también hacía que la comida fuera menos asequible. Revisando los requisitos mínimos para asegurar una nutrición adecuada, encontró que la mayoría de los trabajadores chilenos no podía obtener los elementos para esta dieta de manera regular. Demostró que la alta mortalidad infantil, las deformidades esqueléticas, la tuberculosis y otras enfermedades

infecciosas tenían raíces en una nutrición inadecuada; las mejoras dependían de cambios en las condiciones políticas y económicas.

Con el mismo enfoque en las condiciones materiales concretas, Allende volcó su interés hacia el vestido, la vivienda y las instalaciones sanitarias. Encontró que la gente trabajadora en Chile satisfacía de forma muy precaria su necesidad de vestido, en gran medida porque los salarios eran bajos y gran proporción del ingreso se iba en alimento y vivienda; los efectos de la insuficiencia de ropa, observó Allende, se notaban en las altas tasas de infecciones respiratorias, neumonía y tuberculosis, las cuales eran más altas que en cualquier país desarrollado económicamente.

En su análisis de los problemas de vivienda, Allende se enfocó en la densidad poblacional, que reflejaba en gran medida la geografía de la producción económica. Notó que Chile tenía una de las tasas más altas de habitantes por estructura residencial en el mundo; el hacinamiento propiciaba la propagación de enfermedades infecciosas y una higiene precaria. Una vez más, citó datos comparativos que mostraban una correlación entre la densidad poblacional y la mortalidad en general. En un estilo similar al de Engels y Virchow, Allende presentó una descripción concreta de las condiciones de vivienda, incluyendo detalles acerca de la insuficiencia de camas, de lo inadecuado de los materiales de construcción y de las deficiencias en los edificios de apartamentos. Revisó las disposiciones para la iniciativa privada en construcción, las encontró insatisfactorias y delineó la necesidad de una inversión considerable del sector público en nuevas viviendas. Allende presentó entonces datos sobre el agua potable y los sistemas de alcantarillado en todas las provincias de Chile, notando que vastas áreas del país carecían de estos servicios básicos.

La visión de Allende sobre las condiciones de la clase obrera sentó las bases para su análisis de problemas médicos concretos; cuando trató enfermedades específicas, buscó sus orígenes en el entorno social y material. Los problemas médicos que consideró incluían la mortalidad materna e infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, otras enfermedades infecciosas, los trastornos emocionales y las enfermedades laborales. Observó que las tasas de mortalidad materna e infantil eran, en general, mucho menores en los países desarrollados que en los menos desarrollados. Después de revisar las causas de muerte más importantes, concluyó que la malnutrición y las condiciones sanitarias

precarias, ambas originadas en el subdesarrollo político–económico, eran las explicaciones fundamentales para esta mortalidad excesiva.

En la misma sección, Allende hizo uno de sus primeros análisis sobre el aborto ilegal; subrayó que gran proporción de las muertes en los hospitales ginecológicos, alrededor del 30%, se derivaba de abortos y sus complicaciones. Al señalar la alta incidencia de complicaciones de aborto entre las mujeres de la clase obrera, atribuyó este problema a las privaciones económicas de la estructura de clases. Luego de un informe estadístico de las complicaciones, Allende se permitió sacar a la luz su inconformidad:

Son cientos de madres obreras, las que angustiadas por la escasez de sus salarios se provocan abortos, a fin de evitar que un nuevo hijo merme sus ya insignificantes recursos. Cientos de madres obreras pierden sus vidas, impulsadas por su angustiada realidad económica³⁵.

Allende designó la tuberculosis como una “enfermedad social”, debido a que su incidencia difería ampliamente entre clases sociales. Aun escribiendo antes de la era del antibiótico, Allende llegó a conclusiones similares a las de la epidemiología moderna –como por ejemplo que la gran caída de la tuberculosis siguió a los avances económicos más que a las intervenciones médicas terapéuticas–. A partir de estadísticas de las tres primeras décadas del siglo XX, notó que la tuberculosis había disminuido considerablemente en los países económicamente desarrollados de la Europa occidental y en los Estados Unidos de América. Por otra parte, en países menos desarrollados, como Chile, habían tenido lugar muy pocos progresos contra esta enfermedad. En el contexto del subdesarrollo, la tuberculosis ejerció su mayor impacto en los pobres.

En su discusión sobre las enfermedades de transmisión sexual, Allende enfatizó en las condiciones político–económicas que favorecían la propagación de la sífilis y la gonorrea; expuso las privaciones de la vida de la clase obrera que incentivaban la prostitución, y citando la prevalencia de prostitución en Santiago y otras ciudades, así como el reclutamiento prematuro de mujeres de familias pobres, sostuvo que los programas sociales para la abolición de la prostitución, a través de la expansión de oportunidades de empleo, eran condición para las mejorías significativas en las enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto a otras enfermedades infecciosas, Allende se centró primero en el tifus, la misma enfermedad que dio lugar a las observaciones de Virchow acerca de las relaciones entre la enfermedad y el sistema político-económico. Allende comenzó su análisis con un planteamiento conciso: “Algunas [enfermedades infecciosas], como el tifus exantemático, son un índice del estado de pauperización de las masas”³⁶. Como Virchow en la Alta Silesia, Allende encontró una incidencia desproporcionada del tifus en la clase obrera chilena; luego, mostró que la disentería bacilar y amebiana, y la fiebre tifoidea, ocurrían a causa del consumo de agua no potable y de las instalaciones sanitarias inadecuadas en áreas residenciales densamente pobladas por familias de clase obrera; problemas similares fomentaban otras infecciones como la difteria, la tosferina, la fiebre escarlata, el sarampión y el tracoma.

La drogadicción preocupó profundamente a Allende; en *La realidad medico-social chilena*, analizó los problemas sociales y psicológicos que motivaban a las personas a consumir drogas adictivas. El análisis político económico que hizo Allende de las causas de la intoxicación por alcohol mostró similitudes con el de Engels:

Vimos cómo su salario, apreciablemente inferior al de subsistencia, era tan insuficiente para proporcionarle el vestuario indispensable que lo obligaba a habitar viviendas inadecuadas (...) [y que] no alcanzaba a ingerir alimentos que le produjeran el mínimo de energía calórica necesaria (...) El trabajador llegará a la conclusión de que ir a la cantina y embriagarse constituye la aparente solución de todos esos problemas. En la cantina encuentra un local alumbrado y cálido, y amigos que pueden distraerlo, haciéndole olvidar la miseria del hogar. En fin (...) el alcohol para el obrero chileno no es un estimulante sino un anestésico³⁷.

Arraigado en la miseria social generada por las condiciones de producción capitalista, el alcoholismo ejerció un efecto profundo en la salud, un impacto que Allende documentó para una variedad de enfermedades, incluyendo enfermedades gastrointestinales, cirrosis, delirium tremens, disfunción sexual, defectos de nacimiento y tuberculosis; además, esbozó algunas de las consecuencias sociales más sutiles del alcoholismo, ofreciendo un primer análisis del impacto del alcohol en las muertes accidentales.

Allende analizó el monopolio del capital y la expansión internacional de la industria farmacéutica, criticando temas como los medicamentos de marca y la publicidad farmacéutica. En la que fue posiblemente la primera discusión de este tipo, Allende comparó los precios de los medicamentos de marca con sus equivalentes genéricos:

Así, por ejemplo, encontramos para una droga de importante acción en las enfermedades infecciosas, la sulfanilamida, estos diferentes nombres y precios: Prontosil \$26.95, Gombardol \$20.80, Septazina \$21.60, Aseptil \$18.00, Intersil \$13.00, Acetilina \$6.65. Todos estos productos que a los ojos del público aparecen con nombres diferentes, corresponden, en verdad, a un mismo medicamento que se vende en un envase parecido y que contiene 20 tabletas de 0.50 gramos de Sulfanilamida³⁸.

Más allá del tema de los nombres de los medicamentos, Allende también anticipó un tema posterior al criticar la publicidad farmacéutica: “Otro de los problemas abordados en relación con las especialidades farmacéuticas es [...] la propaganda desmedida y charlatanesca dirigida a atribuir cualidades y virtudes curativas que están muy lejos de ser reales”³⁹. Al conectar imperio y salud, Allende se centró en este tipo de explotación por parte de las compañías multinacionales de medicamentos.

Allende terminó proponiendo la posición política y el plan para la acción política desde el Ministerio de Salud del gobierno del Frente Popular. Considerando la reforma y sus dilemas, revisó los orígenes político-económicos de la enfermedad y los remedios estructurales necesarios en la sociedad. Allende se rehusó a discutir problemas de salud específicos aparte de los asuntos político-económicos a nivel macro. Introdujo sus propuestas de políticas en un capítulo titulado “Consideraciones sobre el capital humano”. Analizando el impacto político-económico negativo de la mala salud entre los trabajadores, sostuvo que una población saludable era un objetivo que valía la pena tanto por sus propios derechos como para el bien del desarrollo nacional. La productividad del país sufría por la enfermedad y la muerte temprana de los obreros, sin embargo, mejorar la salud de los trabajadores era imposible sin cambios político-económicos fundamentales en la sociedad. Estos cambios incluirían “una equitativa distribución del producto del trabajo”, regulación estatal de “la producción, distribución y precio de los artículos de alimentación y vestuario”, un programa nacional de vivienda y atención especial a

problemas de salud ocupacional. Los vínculos entre la medicina y la más amplia economía política eran ineludibles: “Todo esto significa que la solución del problema médico–social del país requiere precisamente la solución de los problemas económicos que afectan a las clases proletarias”⁴⁰.

En consecuencia, propuso reformas específicas que consideraba como precondiciones para un sistema de salud efectivo. Estas reformas exigían cambios profundos en las estructuras de poder, financieras y de producción económica existentes. Primero, sugirió modificaciones salariales que, de haber sido efectuadas, habrían llevado a una amplia redistribución de la riqueza. Con respecto a la nutrición, desarrolló un plan para mejorar los suministros de leche, la pesca y la refrigeración, y sugirió disposiciones de reforma agraria para aumentar la producción agrícola. Reconociendo la necesidad de mejores viviendas, Allende propuso un esfuerzo nacional concertado para la construcción con soporte público, así como el control de la renta en el sector privado.

Allende no enfatizó en programas de investigación o tratamiento de enfermedades específicas; en cambio, asumió que los mayores avances hacia la reducción de la morbilidad y la mortalidad seguirían a un cambio social fundamental. Esta orientación también permeó el “programa médico–social” que propuso. En este programa sugirió innovaciones que incluían la reorganización del Ministerio de Salud, la planeación de actividades, el control de la producción farmacéutica y de los precios de los medicamentos, las políticas de seguridad y salud ocupacional, las medidas de apoyo a la medicina preventiva y los programas sanitarios. Como los orígenes sociales más importantes de la enfermedad tenían que ver con los bajos salarios, la malnutrición y las condiciones precarias de vivienda, la primera responsabilidad del sistema de salud público, de acuerdo con Allende, era mejorar esas condiciones, algunas de las cuales derivaban de las acciones de las corporaciones multinacionales. Su visión implicaba que la intervención médica, sin un cambio político–económico fundamental, seguiría siendo ineficaz y, en un sentido profundo, equivocada.

Capitalismo, imperio, enfermedad y muerte temprana

Engels, Virchow y Allende desarrollaron visiones divergentes, aunque complementarias, acerca de la etiología social de la enfermedad, visiones que las generaciones posteriores han tendido a olvidar y luego a redescubrir; sus trabajos conceptualizaron la enfermedad innecesaria y la muerte prematura como resultados inherentes a la producción capitalista y a la expansión del imperio, pero sus divergencias reflejan ciertas diferencias en la orientación teórica. Para Engels era fundamental la producción económica; incluso en sus primeros trabajos, enfatizó en la organización y en el proceso de producción; la enfermedad y la muerte temprana, desde su punto de vista, se desarrollaron directamente a partir de la exposición a polvos, a químicos, a las presiones de tiempo, a la postura corporal, a las demandas visuales y a otras dificultades relacionadas que enfrentaban los obreros en sus trabajos; la polución en el entorno, la vivienda precaria, el alcoholismo y la malnutrición, también contribuían a la mala salud de la clase obrera, pero estos factores principalmente reflejaban o exacerbaban las contradicciones estructurales de la producción misma.

Aunque compartía la visión de Engels de que la clase obrera sufría desproporcionadamente, Virchow centró su atención en las inequidades en la distribución y consumo de los recursos sociales. En el análisis de Virchow, fuentes importantes de enfermedad y muerte temprana incluían la pobreza, el desempleo, la malnutrición, los déficits culturales y educativos, la privación de los derechos políticos, las dificultades lingüísticas, las instalaciones y el personal médico inadecuados, y otras deficiencias similares que afectaban a la clase obrera; creía que los funcionarios públicos podrían prevenir las epidemias distribuyendo el alimento de manera más eficiente, afirmaba que la enfermedad y la mortalidad podrían mejorar si un “servicio público de salud” hacía que la atención médica tuviese mayor disponibilidad. Virchow criticó la especulación de los negociantes y los altos costos del ejercicio médico privado, pero no enfatizó en las condiciones generadoras de enfermedad de la producción misma; en cambio, veía la desigualdad en el acceso a los productos de la sociedad como el problema principal de la medicina social.

Allende también se preocupó por el impacto de la estructura de clases, pero enfocado en el contexto del imperio y el subdesarrollo; las privaciones que la clase obrera experimentaba en países como Chile reflejaban la explotación de los países menos desarrollados por parte de las naciones capitalistas avanzadas. Allende documentó las inequidades en la distribución de bienes y servicios que, como en el análisis de Virchow, devastaban a la clase obrera, y atribuyó, directamente, los bajos salarios, la malnutrición, la vivienda precaria y otros problemas relacionados a la extracción de riquezas por el imperialismo internacional; también, reconoció que la producción misma podía causar enfermedad, pero, a diferencia de Engels, dedicó menos atención a la enfermedad ocupacional *per se*. Por otra parte, el determinante político-económico más crucial de enfermedad y muerte era, desde el punto de vista de Allende, la contradicción entre desarrollo y subdesarrollo; el avance económico de la sociedad como un todo, aunque impedido por el imperio, era la precondition más importante para lograr mejoras significativas en atención médica y salud individual.

Las contribuciones de Engels, Virchow y Allende compartían el marco de análisis de la causalidad social; sus escritos transmitieron una visión de múltiples estructuras y procesos sociales que afectaban al individuo; la enfermedad no era el resultado directo de un agente infeccioso o de un trastorno fisiopatológico, en cambio, una variedad de problemas –incluyendo la malnutrición, la inseguridad económica, los riesgos ocupacionales, las condiciones de vivienda precarias y la carencia de poder político– creaban una predisposición subyacente hacia la enfermedad y la muerte. Aunque los autores difieren en los factores específicos en los que enfatizaron, ellos vieron la enfermedad profundamente anclada en las complejidades de la realidad social. En la medida que las contradicciones sociales afectaban la enfermedad de los individuos, la intervención terapéutica que se limitaba al nivel individual se mostró ingenua y fútil. La etiología social implicaba el cambio social como terapia, y este último vinculaba la práctica médica con la práctica política.

Otra divergencia crucial tenía que ver con las políticas, la reforma y la estrategia política. Engels, Virchow y Allende discreparon en sus visiones acerca de las estrategias necesarias para el cambio, y tuvieron varias visiones de la sociedad en la que dichas políticas tendrían impacto.

Aunque sus explicaciones de los orígenes sociales de la enfermedad se complementan entre sí, la pregunta acerca de cómo modificar las condiciones generadoras de enfermedad evocó diferentes análisis estratégicos.

Ya presente en sus primeros trabajos, la estrategia de Engels suponía la revolución, no la reforma; su documentación sobre las condiciones laborales y ambientales que causaban enfermedad y muerte temprana no apuntaban hacia una reforma limitada a esos problemas; en cambio, intentó que sus datos sirvieran, al menos en parte, como propaganda; el propósito era proporcionar un foco para la organización política entre la clase obrera. Especialmente, Engels no defendía cambios específicos en las condiciones que describió; al detallar los defectos en vivienda, sanidad, seguridad ocupacional, mala distribución del personal médico y promoción de drogas, no buscaba reformas en esas áreas explícitamente; las alternativas que sugirió ocasionalmente, tales como un esbozo somero de un servicio público de salud, siempre fueron especulaciones acerca de cómo un sistema más efectivo podría aparecer en una sociedad posrevolucionaria. La gran cantidad de privaciones de la vida de la clase obrera exigían un cambio fundamental en el orden social en su conjunto, más que mejoras limitadas en partes de la sociedad. El complemento de *La situación de la clase obrera en Inglaterra* fue, claramente, el *Manifiesto comunista*, como su intento de tratar los problemas como la muerte temprana y la enfermedad innecesaria a través de una revolución social más amplia. Las implicaciones estratégicas del análisis de Engels sobre los problemas de salud eran consecuentes con su papel como organizador principal de la Primera Internacional. Desde esta perspectiva, el reformismo en la atención en salud tenía tan poco sentido como cualquier otro retoque parcial de la sociedad capitalista.

Abordando el cambio social desde un punto diferente, Virchow favoreció las políticas de reforma; aunque participó en las agitaciones de finales de la década de 1840 y dudaba de que los círculos dirigentes permitieran los cambios necesarios únicamente en respuesta a manifestaciones pacíficas, finalmente optó por la reforma antes que por la revolución. Aunque las condiciones de la epidemia de tifus de las que fue testigo en la Alta Silesia eran horribles, creía que una serie de reformas podrían corregir el problema; las reformas que defendió trascendían lo médico para incluir la distribución racionalizada de alimentos, las modificaciones en

el sistema educativo, la inclusión política y otros cambios en el nivel de la estructura social. También adoptó una visión amplia de las reformas sistemáticas que eran necesarias en la atención en salud; un sistema de salud adecuado, por ejemplo, requería de un servicio de salud público, en este servicio, los profesionales de atención en salud trabajarían como empleados del Estado y actuarían para corregir la mala distribución entre las fronteras de clase, geográficas y étnicas. Como meta política en general, Virchow favoreció una democracia constitucional que redujera el poder de la monarquía y la nobleza, y apoyó los principios del socialismo, particularmente los que tenían que ver con la propiedad pública y la organización racional de las instalaciones de salud y bienestar. Sin embargo, Virchow discutió en contra del comunismo, principalmente, decía, por la creencia ingenua de que una sociedad justa era factible sin un aparato estatal fuerte. Virchow creía firmemente que las reformas limitadas en la sociedad capitalista eran tanto apropiadas como deseables, y era optimista respecto a la efectividad que tendrían.

La conceptualización de Allende de una estrategia política era más compleja que las de Engels y Virchow; en *La realidad médico-social chilena* planteó sin ambigüedad que los problemas de salud de la clase obrera eran inherentes a las contradicciones de la estructura de clase, al subdesarrollo y a las relaciones internacionales opresivas del imperio; sin una modificación fundamental de estos problemas estructurales, declaró, la reforma médica limitada sería fútil. En la visión de Allende, el cambio social revolucionario era necesario para lograr las mejoras que requerían los servicios de salud y los resultados esperados. A lo largo de su vida, Allende creyó que fuerzas progresivas podrían lograr una transformación socialista de la sociedad a través de una secuencia de acciones pacíficas en el marco de la democracia constitucional; él y sus compañeros basaron esta posición en la lectura de estrategias socialistas previos, en ejemplos de otras revoluciones y en un análisis detallado de la realidad histórica y material concreta de Chile; desde este punto de vista, las reformas más importantes relacionadas con la salud trascendían lo médico. Allende pedía mejoras en vivienda, nutrición y empleo y en otras manifestaciones concretas de la opresión de clases; dichas reformas eran precondiciones para la reducción de la morbilidad y la mortalidad; sin ellas, los cambios en los servicios de atención en salud no podrían ser exitosos. Por otra parte, las reformas estructurales en la organización social de la medicina, incluyendo un servicio público de salud y la nacionalización de la

industria farmacéutica y de equipos médicos, eran metas deseables en el camino hacia una sociedad socialista. Allende no anticipó acertadamente la violencia de los grupos nacionales e internacionales que estaban cerca de ser desposeídos en el camino apacible hacia el socialismo; este resultado nefasto dejó sin resolver completamente el equilibrio entre las alternativas reformistas y las revolucionarias en las estrategias para el cambio.

Las patologías sociales que preocuparon a Engels, Virchow y Allende siguen generando sufrimiento y muerte temprana. La salud pública, generalmente, ha adoptado el modelo médico de la etiología, según el cual las condiciones sociales pueden incrementar la susceptibilidad o exacerbar la enfermedad, pero no son causas principales, como sí lo son los agentes microbianos o los trastornos en la fisiología normal. Esto, en parte, porque la investigación rara vez ha clarificado las causas de la enfermedad en el marco de los sistemas político–económicos, y porque la estrategia política –tanto dentro como fuera de la medicina– casi nunca ha tratado las raíces sociales de la enfermedad.

Las inequidades de clase, la explotación de los trabajadores y las condiciones de la producción capitalista en el contexto del imperio, producen enfermedad ahora como en el pasado. Los vínculos entre las condiciones político–económicas y la enfermedad se vuelven más urgentes que nunca, cuando la inestabilidad económica, la inseguridad en el abastecimiento de alimentos, los derrames de petróleo, los desechos tóxicos, nucleares y químicos, el calentamiento global y otros problemas relacionados amenazan la supervivencia de la humanidad y de otras formas de vida. En el capítulo 13 presento perspectivas más recientes de los determinantes sociales de la salud, basándome principalmente en los trabajos de la medicina social latinoamericana. Como Engels, Virchow y Allende expusieron, y como los estudios más recientes en medicina social han confirmado, los esfuerzos para mejorar la salud de los pueblos que no traten los orígenes sociales de la enfermedad terminarán fracasando. Las estrategias que sí tratan dichos orígenes sociales muestran el ámbito de reconstrucción que es necesario para las soluciones significativas a las que me referiré en la última parte del libro.

* * *

Los impactos del capitalismo y del imperio, sin embargo, no solo operan como causas de enfermedad y muerte temprana; en sentido contrario, la enfermedad y la muerte temprana también proveen una racionalidad para el desarrollo y la comercialización de nuevos productos. La promoción y las ventas de estos productos, que frecuentemente incluyen avances tecnológicos, han fortalecido aún más el sistema capitalista y han aumentado su habilidad para expandirse a través del imperio. En el siguiente capítulo presento un ejemplo importante de cómo las nuevas tecnologías, diseñadas para mejorar las condiciones de salud, pero frecuentemente sin una evidencia clara del éxito obtenido, proveyeron una creciente rentabilidad a las empresas capitalistas, a medida que los mercados para este tipo de productos se expandieron alrededor del mundo.

Capítulo 3

El mercado internacional de productos y servicios de salud

Tanto en los países capitalistas avanzados como en las naciones menos desarrolladas, la carga financiera de la atención en salud se volvió una preocupación primordial durante lo que llamo el pasado del imperio; las maniobras legislativas y administrativas apuntaron abiertamente hacia la contención de costos. Las técnicas de investigación en servicios de salud se centraron en la evaluación de tecnologías y prácticas clínicas. El propósito de este capítulo es mostrar las limitaciones de estos enfoques a la luz de la historia social de la tecnología médica y ofrecer una interpretación alternativa, que rastrea los problemas de costos en las contradicciones sociales subyacentes dentro de la economía capitalista y la expansión del imperio.

Métodos para afrontar la caída de la tasa de ganancia

Los costos en salud no pueden estar divorciados de la estructura de ganancia privada, incluso cuando –muy sorpresivamente– el problema de la ganancia no hizo parte de los análisis del rápido incremento de los costos de la atención durante el pasado del imperio. Muchos de los análisis de costos han ignorado las contradicciones del capitalismo y el imperio, o las han aceptado como dadas. Pero la crisis de costos en salud reflejaba íntimamente la crisis fiscal general que enfrentaba el capitalismo avanzado a nivel mundial. En los análisis de costos, las conexiones entre el sector salud y la estructura del sistema capitalista

recibieron poca atención. Al limitar el nivel de los análisis a innovaciones o prácticas específicas, sin percibir el contexto político–económico más amplio en el que procedimientos costosos e inefectivos fueron introducidos y promulgados, se oscurecieron las posibles soluciones. Las aparentes irracionalidades de las políticas en salud tenían sentido cuando se miraban desde el punto de vista de la estructura capitalista de ganancias; la sobreventa de numerosos avances tecnológicos – incluyendo la tomografía axial computarizada, las nuevas técnicas de laboratorio, el monitoreo fetal, varios procedimientos quirúrgicos y las unidades de cuidado coronario para pacientes con infarto cardiaco– reflejaba problemas estructurales muy parecidos.

Un tema clave que emergió de la historia de los avances tecnológicos en medicina involucraba estrategias corporativas para lidiar con la tasa decreciente de ganancia. Como señaló Marx, al igual que Smith y Ricardo antes que él, las empresas disfrutaban de una alta tasa de ganancia cuando introducían por primera vez un producto en un mercado; sin embargo, cuando el nuevo producto saturaba el mercado, la tasa de ganancia casi siempre empezaba a caer. Para enfrentar este problema, las corporaciones desarrollaron estrategias para mantener o incrementar la tasa de ganancia, las cuales incluían aumentar la productividad del trabajo, diversificarse con nuevas líneas de productos y buscar nuevos mercados vía exportación internacional⁴¹. La historia social del cuidado coronario muestra cómo la difusión de avances tecnológicos sin efectividad comprobada, lo que parece algo irracional en la superficie, siguió su curso como un rasgo inherente a la economía capitalista y a la expansión del imperio.

La economía política del cuidado coronario

Historia temprana de las Unidades de Cuidado Coronario

El cuidado intensivo para los pacientes que presentaban infartos del corazón emergió rápidamente durante la década de 1960, durante el pasado del imperio, con el desarrollo de las Unidades de Cuidado Coronario (UCC). La justificación de las UCC derivó de los descubrimientos patológicos y fisiológicos acerca de la naturaleza de los ataques cardíacos. Cuando una persona tiene un ataque al corazón o infarto del miocardio, una parte del músculo del corazón muere; durante varios días, este músculo moribundo

actúa como una fuente de inestabilidad eléctrica que puede causar serias irregularidades en el ritmo cardiaco; si dicha irregularidad o arritmia ocurre, el paciente puede morir porque el corazón no bombea sangre a los órganos vitales. Durante finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, los investigadores en cardiología descubrieron técnicas para controlar las arritmias si se diagnosticaban a tiempo; estas técnicas incluían medicamentos intravenosos (como la lidocaína) y la aplicación de choques eléctricos en la pared torácica (desfibrilación).

El propósito de las UCC era proveer un monitoreo electrónico continuo del ritmo cardiaco, a través de electrodos ubicados en el pecho del paciente y conectados al equipo de electrocardiograma. A través del monitoreo continuo era posible iniciar el tratamiento, con medicamentos o choques eléctricos, inmediatamente cuando iniciaba una arritmia. Después de un infarto del corazón, el paciente permanecía en la UCC durante un periodo crítico, hasta que el ritmo cardiaco se estabilizaba. Desde el origen de las UCC, los médicos las han utilizado para otros problemas, incluyendo la insuficiencia cardiaca congestiva o las anomalías en la presión sanguínea, que algunas veces aparecían después de un infarto cardiaco. Sin embargo, el propósito más importante de las UCC siguió siendo el monitoreo y control de las alteraciones del ritmo cardiaco.

Esta lógica llevó a una hipótesis razonable: que las UCC reducirían la morbilidad y la mortalidad de los infartos cardiacos; sin embargo, por más razonable que pareciera esta hipótesis, le faltaba ser comprobada. Un ensayo aleatorio controlado para evaluar las UCC, en el que los pacientes serían asignados aleatoriamente a la UCC o al cuidado estándar, y sus resultados comparativos serían evaluados, pudo haber resuelto estas dudas; aun así, las UCC proliferaron a lo largo de Estados Unidos y alrededor del mundo durante el pasado del imperio sin ninguna documentación definitiva sobre su efectividad. Los médicos clínicos y los investigadores no intentaron llevar a cabo ensayos controlados aleatorios sobre los resultados del cuidado en las UCC; por el contrario, abogaron por la adopción del enfoque del cuidado intensivo, bajo el supuesto no comprobado de que las UCC incrementarían la supervivencia al controlar alteraciones tempranas del ritmo cardiaco. Con un aura de rigor científico, la promoción y aceptación de la tecnología del cuidado coronario evadió la demostración científica de efectividad. Los primeros

argumentos en pro de las UCC mostraron un optimismo no limitado por el requerimiento de la evaluación de hipótesis.

Un ensayo controlado que evaluara las UCC habría sido importante por varias razones. En primer lugar, es posible imaginar algunas situaciones en las que el cuidado intensivo podría afectar de manera negativa la recuperación posterior a un infarto cardiaco, por ejemplo, puede aparecer una enfermedad iatrogénica como consecuencia de alteraciones en la química corporal producidas por las soluciones intravenosas, y las infecciones que ponen en peligro la vida son más propensas a suceder en un hospital; adicionalmente, las instalaciones para el cuidado intensivo pueden provocar una experiencia aterradora, y las alteraciones emocionales pueden poner en riesgo la vida después de un infarto cardiaco, por ejemplo, pacientes en las UCC han muerto repentinamente después de presenciar la muerte de otros pacientes; tales problemas técnicos y psicológicos justificaban una evaluación antes de concluir que las UCC eran efectivas. En segundo lugar, aunque las UCC pueden disminuir la mortalidad a corto plazo en el hospital, tienen poco efecto en los resultados a largo plazo, durante las semanas y meses después de que el paciente ha salido del hospital; una evaluación adecuada del cuidado intensivo tendría que considerar la sobrevivencia y la calidad de vida posteriores, más allá del periodo agudo de hospitalización. En tercer lugar, las UCC eran considerablemente costosas; los gastos de capital para los equipos de UCC llegaban a millones de dólares para un solo hospital; los costos diarios de la atención en las UCC eran dos o tres veces más caros que los de la hospitalización sin cuidado intensivo.

Pese a la falta de estudios controlados que mostraran efectividad, hubo muchos pedidos para la expansión de las UCC a otros hospitales y un incremento del apoyo del gobierno de los Estados Unidos y de fundaciones privadas. En 1968, el *U.S. Department of Health, Education, and Welfare* publicó una serie de guías para las UCC⁴². En gran parte a causa de estas recomendaciones, las UCC se expandieron rápidamente en los siguientes años. La tabla 1 muestra la expansión de las UCC en los Estados Unidos entre 1967 y 1974⁴³. Aunque con alguna variabilidad regional, un gran incremento en la proporción y un aumento incluso mayor en el número absoluto de hospitales con UCC ocurrieron durante este periodo, todavía sin una demostración de efectividad.

Tabla 1
Crecimiento de las unidades de cuidado coronario en
Estados Unidos, por región, 1967 y 1974

Unidades de Cuidado Coronario (% de hospitales)		
Región	1967	1974
Estados Unidos	24.3	33.8
Nueva Inglaterra	29.0	36.8
Atlántico Medio	33.8	44.2
Noreste Central	31.0	38.2
Noroeste Central	17.0	25.3
Atlántico Sur	23.3	38.2
Sureste Central	13.4	30.1
Suroeste Central	15.3	24.3
Montañas	21.4	29.3
Pacífico	32.7	37.8

Fuente: ver nota 3

Las investigaciones serias sobre la efectividad de las UCC no se iniciaron hasta los años setenta. Los estudios “antes–después” (*pre–post*) realizados durante los años sesenta no podían haber llevado a conclusiones válidas acerca de la efectividad, debido a que ninguno de esos estudios utilizó grupos de control ni aleatorización adecuados⁴⁴. Estudios posteriores comparaban el tratamiento de los pacientes con infarto cardiaco en salas de hospital versus instalaciones de UCC⁴⁵. Los pacientes eran “aleatoriamente” admitidos en la UCC o en salas regulares, simplemente con base en la disponibilidad de camas de la UCC. Los pacientes en sala eran el grupo “control”; los pacientes en la UCC eran el grupo “experimental”. Con esta investigación siguió sin esclarecerse si las UCC disminuían la mortalidad hospitalaria.

Otras investigaciones contrastaban la atención domiciliaria versus la hospitalaria⁴⁶. En un ensayo controlado aleatorio prospectivo realizado por Mather y sus colegas en Reino Unido, la mortalidad en un año no difería entre los grupos hospitalarios y los domiciliarios, y no existía evidencia de que los pacientes con infarto cardiaco estuvieran mejor en el hospital. Un segundo ensayo controlado aleatorio de tratamiento domiciliar versus hospitalario, conducido por Hill y colegas, también en

Reino Unido, intentó corregir algunas de las dificultades metodológicas del estudio de Mather, logrando una mayor tasa de aleatorización y unos criterios estrictos para el ingreso y la exclusión de pacientes en el ensayo. Este último estudio confirmó los resultados previos; los investigadores concluyeron que para la mayoría de pacientes con sospecha de infarto cardiaco, la admisión en un hospital “no confiere ventajas claras”. Un tercer estudio del mismo problema en Reino Unido utilizó un enfoque epidemiológico. Esta investigación no era un ensayo controlado aleatorio, sino un estudio descriptivo sobre la incidencia de infartos cardiacos durante doce meses, cómo eran tratados en la práctica y los resultados en términos de mortalidad. Ambas tasas de mortalidad, bruta y estandarizada por edades, eran mejores para los pacientes tratados en casa.

Estos temas permanecieron sin resolverse. El sentido de las investigaciones disponibles indicaba que el cuidado domiciliario constituía un tratamiento viable, una alternativa al cuidado hospitalario o en UCC para muchos pacientes con infartos cardiacos. Las primeras investigaciones sobre las UCC utilizaron métodos poco sólidos; los estudios más adecuados no confirmaron la efectividad de las UCC. Entonces surgió otra pregunta: si no se podía demostrar que el cuidado intensivo era más efectivo que el simple cuidado en casa, ¿cómo se explica la tremenda proliferación de esta forma de tratamiento tan costosa?

Explicación de la difusión de las unidades de cuidado coronario

Estos eventos no representaban simplemente otra aceptación a La UP inició un Programa de Desarrollo Sociocultural crítica de la alta tecnología en la sociedad industrial. En su lugar, se deben buscar las condiciones sociales que favorecieron su crecimiento e impidieron su evaluación seria. Varios elementos desempeñaron papeles clave en la economía política del cuidado coronario durante el pasado del imperio: las corporaciones, los centros médicos académicos, los filántropos privados, el Estado y los cambios en la fuerza laboral de la atención en salud.

Para sobrevivir, las industrias capitalistas deben producir y vender nuevos productos; la expansión es una necesidad de las empresas

capitalistas. La plusvalía económica debe crecer continuamente, cada vez más. La producción médica también entra en esta misma categoría, aunque casi nunca es vista de esta manera. El economista Mandel resaltó las contradicciones de la plusvalía económica: “Las crisis capitalistas son fenómenos increíbles, como nada nunca antes visto. No son crisis de escases, como todas las crisis precapitalistas; son crisis de sobreproducción”⁴⁷. Este escenario también incluía al sistema de atención en salud, donde la sobreproducción de tecnología de cuidado intensivo contrastaba con el hecho de que muchas personas no tenían acceso a los servicios médicos más simples y rudimentarios.

La conexión corporativa

Las grandes corporaciones lucrativas en los Estados Unidos participaron esencialmente en cada fase de la investigación, el desarrollo, la promoción y la proliferación de las UCC. Muchas compañías se involucraron en el mercado del cuidado intensivo. Aquí considero las actividades de dos de esas firmas: *Warner–Lambert Pharmaceutical Company* y *Hewlett–Packard Company*; elegí estas corporaciones porque la información acerca de su participación en el cuidado coronario es asequible, porque ocupan posiciones prominentes en el mercado y porque su expansión a nivel mundial constituyó una fase importante del mercado internacional de productos para el cuidado de la salud durante el pasado del imperio; sin embargo, muchas otras firmas, incluyendo al menos ochenta y cinco grandes compañías, también participaron en el cuidado coronario.

A finales de los años setenta, *Warner–Lambert Pharmaceutical Company* era una gran corporación multinacional, con 2.100 millones de dólares en activos y más de 2.500 millones en ventas anuales; la corporación incluía un número de compañías subsidiarias interrelacionadas. Los laboratorios *Warner–Chilcott* producían medicamentos tales como *Coly–Mycin*, *Gelusil*, *Anusol*, *Mandelamine*, *Peritrate* y *Tedral*. La compañía *Parke–Davis* manufacturaba la loción *Caladryl*, discos medicados para la garganta, vacunas contra la influenza, el anticonceptivo *Norlestrin*, *Dilantin*, *Benadryl*, *Chloromycetin* y muchos otros fármacos. Otra división, *Warner–Lambert Consumer Products*, producía *Listerine*, *Smith Brothers* (gotas para la tos), *Bromo–Seltzer*, *Chiclets*, *DuBarry*, *Richard Hudnuts*, *Roloids*, *Dentyne*, *Certs*, *Cool–ray Polaroid* (gafas

oscuras) y *Oh! Henry* (dulces). *Warner-Lambert International* operaba en más de cuarenta países.

Aunque varias divisiones del conglomerado Warner-Lambert participaron activamente en el desarrollo y promoción del cuidado coronario, la más destacada fue la *American Optical Company*, que Warner-Lambert adquirió durante 1967. La investigación, desarrollo y promoción del cuidado coronario por la American Optical produjo ganancias de rápido crecimiento después de mediados de los años sesenta.

Después de comprar American Optical en 1967, Warner-Lambert mantuvo el énfasis de esta empresa en la tecnología de las UCC y buscó mayor aceptación de los profesionales de la salud y los centros médicos. Los materiales promocionales contenían el supuesto, nunca comprobado, de que la nueva tecnología era efectiva para reducir morbilidad y mortalidad a causa de la enfermedad cardíaca. Los primeros productos y sistemas incluían el Cardiómetro de American Optical, un dispositivo de monitoreo y resucitación, el Cardioversor Lown, el primer desfibrilador de corriente directa y un Sistema de Cuidado Cardíaco Intensivo que permitía monitorear simultáneamente a dieciséis pacientes con osciloscopios, instrumentos de grabación, frecuencímetros y sistemas de alarma⁴⁸. En 1968, la compañía introdujo una nueva línea de instrumentación de monitoreo y de marcapasos implantables. Respecto a los sistemas de monitoreo, Warner-Lambert reportó que la “aceptación ha excedido, por mucho, los estimados iniciales” y que “para alcanzar la demanda creciente de sus productos”, la División Médica iba a duplicar el tamaño de su planta en Bedford, Massachusetts⁴⁹. Para 1969, la compañía introdujo otra línea completamente nueva de cardioversores y desfibriladores marca Lown, y afirmó que “esta línea flexible ahora alcanza los requerimientos de los hospitales de todos los tamaños”⁵⁰. La compañía continuó registrando ventas crecientes durante los primeros años de la década de los setenta.

Pese a este crecimiento, Warner-Lambert empezó a enfrentar un problema típico de las corporaciones: la saturación de mercados en los Estados Unidos. Como la tecnología del cuidado coronario era intensiva en capital, el número de hospitales en Estados Unidos que podía comprarla, aunque amplio, era finito. Sin otras maniobras, la demanda de productos para el cuidado coronario disminuiría en algún momento; por esta razón,

Warner–Lambert empezó a implementar nuevas y predecibles iniciativas para asegurar el crecimiento a futuro.

Primero, la compañía expandió las ventas de cuidado coronario a mercados extranjeros, especialmente en Latinoamérica; en consecuencia, Warner Lambert reportó ganancias notables por ventas en países como Argentina, Colombia y México, pese al hecho de que, durante los años setenta, las “dificultades políticas en el sur de América Latina lentificaron el progreso de alguna manera, particularmente en Chile y Perú”⁵¹. En resumen, la compañía superó la saturación del mercado en Estados Unidos, en parte, al entrar en nuevos mercados dentro del área de influencia de los Estados Unidos durante el pasado del imperio.

Adicionalmente a la expansión de las ventas a través del imperio, un segundo método para hacer frente a la saturación del mercado incluía diversificar aún más el campo del cuidado coronario con productos cuya intención era abrir nuevos mercados o crear obsolescencia en los sistemas existentes. Por ejemplo, en 1975 American Optical introdujo dos instrumentos nuevos: el Pulsar 4, un desfibrilador portable, liviano, diseñado para paramédicos locales y escuadrones de emergencia, que creó “una demanda de ventas excepcionalmente fuerte”, y el Sistema de Monitoreo Asistido por Computador, que utilizaba un computador para anticipar y controlar los cambios en las condiciones de los pacientes cardíacos y reemplazó los sistemas de UCC de muchos hospitales, que American Optical había instalado pero que carecían de capacidad computacional. De acuerdo con el reporte anual de 1975, estos dos instrumentos “contribuyeron al crecimiento del record de ventas en 1975, siguiendo a un comportamiento igualmente exitoso durante el año anterior”⁵². Esta estrategia de diversificación se traslapó con la primera estrategia de expansión a través del imperio, porque la corporación podía promover estos nuevos productos en países menos desarrollados.

Una tercera técnica para asegurar el crecimiento involucró la modificación de la tecnología del cuidado coronario para nuevas áreas, llamando la atención pública y profesional. Con énfasis en la medicina preventiva, American Optical introdujo una nueva línea de instrumentos para electrocardiogramas por telemetría, diseñados para proveer alertas tempranas de infartos cardíacos o de alteraciones rítmicas en pacientes ambulatorios. Adicionalmente, American Optical empezó a aplicar

tecnologías de monitoreo similares en el campo de la salud y la seguridad ocupacional. En 1970 Warner–Lambert señaló:

Las ventas de productos de seguridad fueron menores en 1970 que en 1969 como resultado de los recortes en el gasto de defensa, los negocios en general bajaron el ritmo y la gran industria automotriz entró en paro. Sin embargo, el pronóstico a futuro es alentador, debido al crecimiento de la industria y a la preocupación del gobierno por la seguridad laboral, como se evidenció en el apartado de la *Federal Occupational Safety* y el *Health Act* a finales de 1970⁵³.

Durante cada año siguiente, las ventas de equipos para la seguridad y la salud, manufacturados por la subsidiaria American Optical y adoptados en parte por la tecnología del cuidado coronario, continuaron creciendo.

Una segunda corporación importante, la Hewlett–Packard Company, con más de 1.100 millones de dólares en activos y más de 1.300 millones en ventas en ese momento, siguió un patrón similar en el mercado del cuidado coronario. Hewlett–Packard era una corporación menos compleja que Warner–Lambert, porque controlaba menos subsidiarias. De otra parte, el crecimiento de Hewlett–Packard produjo una gran fortuna para una cantidad relativamente pequeña de accionistas. David Packard, presidente de la junta de directores de Hewlett–Packard y exasistente del Secretario de Defensa, a partir de 1978 tuvo títulos de Hewlett–Packard valorados en aproximadamente 562 millones de dólares; la segunda participación más alta de un ejecutivo en su propia compañía en ese momento era la de David Rockefeller, con 13 millones de dólares en acciones del Chase Manhattan Bank⁵⁴.

Desde su fundación en 1939, Hewlett–Packard pasó de ser una pequeña firma, manufacturera de instrumentos analíticos y medidores principalmente para la industria, a ser líder en electrónica. Hasta principios de los años sesenta, su único producto importante diseñado para mercados médicos era un simple electrocardiógrafo; pero durante esta década, Hewlett–Packard introdujo una serie de innovaciones para el cuidado coronario que muy pronto alcanzaron los mercados internacionales.

Inicialmente, Hewlett Packard se centró en el desarrollo de tecnología para las UCC, promocionando agresivamente los equipos en hospitales, con la constante afirmación de que los monitores cardiacos y productos

relacionados eran claramente efectivos para reducir la mortalidad por infartos cardíacos y alteraciones del ritmo cardíaco. La literatura promocional de Hewlett–Packard no hacía referencia al problema de comprobar la efectividad de las UCC; por el contrario, declaraciones como la siguiente no dejaban lugar a dudas: “en la unidad de cuidado cardíaco que se muestra aquí, en un hospital en Nevada, por ejemplo, el sistema ha alertado al personal de varias emergencias que quizá de otra manera hubieran resultado fatales, y la tasa de mortalidad cardíaca se ha reducido a la mitad”⁵⁵. Alternativamente, “cientos de vidas son salvadas cada año con la ayuda de los sistemas de monitoreo de pacientes de Hewlett–Packard, instalados en más de mil hospitales alrededor del mundo [...]. Aquí se muestra un sistema HP en la sala de cuidado intensivo de un hospital en Montevideo, Uruguay”⁵⁶.

Desde el inicio de su participación en el mercado del cuidado coronario, Hewlett–Packard enfatizó en la exportación de tecnologías de UCC a hospitales y médicos en el extranjero, calculando las ventas internacionales que compañías como Warner–Lambert ya disfrutaban durante el pasado del imperio. En 1966, el reporte anual de Hewlett–Packard predijo que los efectos de una economía deprimida serían compensados por “el gran potencial de ventas de nuestros productos, particularmente instrumentos médicos en mercados suramericanos, canadienses y asiáticos. Estas áreas deben proveer ganancias sustanciales en ventas durante algunos años”⁵⁷. Hewlett–Packard desarrolló un aparato promocional elaborado, incluyendo “laboratorios móviles” que podían ser transportados en avión o bus, especialmente en los países menos desarrollados. Para 1969, estas exhibiciones habían sido “vistas por miles de clientes en Asia, Australia, África y América Latina”⁵⁸. En los materiales preparados para potenciales inversionistas, Hewlett–Packard hizo declaraciones explícitas acerca de las ventajas de las operaciones internacionales; por ejemplo, debido a que las subsidiarias de Hewlett–Packard recibían “estatus de innovador” en Malasia y Singapur, el ingreso generado en esos países se mantenía básicamente libre de impuestos: “Si su ingreso hubiera sido gravado en la tasa estatutaria estadounidense del 48% en 1974, nuestra ganancia neta se habría reducido en 37 centavos la acción”⁵⁹. Hacia mediados de los años setenta, el negocio internacional de equipos médicos de Hewlett–Packard, medido en órdenes totales, sobrepasó su negocio doméstico; más de cien oficinas de ventas y servicios operaban en sesenta y cuatro países.

Al igual que Warner–Lambert, Hewlett–Packard diversificó sus productos para enfrentar la potencial saturación del mercado del cuidado coronario. Durante finales de los años sesenta, la compañía introdujo una serie de sistemas computarizados complejos que fueron diseñados como una interfaz con electrocardiógrafos, dispositivos de monitoreo y otros productos para las UCC. Como la compañía declaraba en sus actividades promocionales, los hospitales podrían lograr análisis de datos eficientes para la toma de decisiones clínicas y para la organización de las UCC, por medio de la construcción de sistemas vinculados por computador. Un sistema computarizado para analizar e interpretar electrocardiogramas consiguió aumentar la capacidad de procesar hasta quinientos electrocardiogramas en jornadas de ocho horas⁶⁰. Consideraciones similares de rentabilidad motivaron el desarrollo de sistemas de telemetría para pacientes ambulatorios con enfermedad cardíaca y electrocardiógrafos alimentados por batería para las regiones de los países menos desarrollados, donde la electricidad aún no estaba disponible para el funcionamiento de las máquinas tradicionales.

Desde una perspectiva corporativa, los gastos en espiral de la atención en salud, lejos de ser un problema a resolver, eran el combustible necesario para los beneficios deseados. Las corporaciones, sin embargo, no eran las únicas organizaciones responsables de difundir la tecnología del cuidado coronario. La rentabilidad de las corporaciones en el cuidado coronario y en campos relacionados no habría sido posible sin el apoyo activo de los clínicos y los profesionales que ayudaron a crear nuevas tecnologías de efectividad no comprobada y las pusieron en uso.

La conexión con los centros médicos académicos

Los centros médicos académicos desempeñaron un papel clave en el desarrollo y la promoción de innovaciones costosas, como las del cuidado coronario. Estas instituciones componían un foco del monopolio del capital en el sector salud, aunque pocas atrajeron la atención de la crítica a la tecnología. Las nuevas formas de abordaje recibían, en general, sus primeros usos clínicos en los centros médicos, antes de su adopción por parte de los médicos en las comunidades locales y los países menos desarrollados. Las dos corporaciones aquí consideradas, Warner–Lambert y Hewlett–Packard, tenían bases importantes en los centros médicos localizados en proximidad geográfica a las oficinas

centrales corporativas. Los cardiólogos académicos participaron en la proliferación del equipo de UCC; su trabajo derivaba en parte, sin lugar a duda, de la creencia sincera de que las nuevas tecnologías salvarían vidas y ayudarían a los pacientes, y no de la avaricia o el deseo de lucro personal. Aun así, su apoyo acrítico hacia estas innovaciones fomentó la amplia aceptación de las UCC sin efectividad documentada.

Antes de ser comprada por Warner–Lambert, American Optical –con oficinas en Southbridge, Massachusetts– estableció lazos con el Hospital Peter Bent Brigham en Boston. La compañía trabajó con Bernard Lown, un eminente cardiólogo, quien era uno de los consultores de American Optical en el desarrollo de desfibriladores y cardioversores. Lown fue un pionero en las bases teóricas y aplicaciones clínicas de estas técnicas, y los ingenieros de American Optical colaboraron con él en la construcción de prototipos. American Optical llevó al mercado y promovió varias líneas de desfibriladores y cardioversores que llevaban el nombre de Lown.

American Optical brindó un amplio apoyo para la innovación tecnológica en el Hospital Peter Bent Brigham. La UCC desarrollada a mediados de los años sesenta recibió bastantes fondos de American Optical, reconocidos por Lown y su grupo⁶¹. American Optical también utilizó los datos y las fotografías de la UCC de Brigham en la literatura promocional distribuida a los médicos y a los inversores potenciales. Lown y su grupo continuaron influyendo en la profesión médica a través de un gran número de publicaciones, tanto en la literatura médica general como en la especializada en cardiología, que trataban las técnicas diagnósticas y terapéuticas vinculadas con las UCC. En los artículos, Lown enfatizó en la importancia del monitoreo automático; también defendió la difusión de la telemetría para pacientes ambulatorios, y los sistemas computarizados para el análisis de datos, dos áreas en las que American Optical se diversificó durante finales de los años sesenta y principios de los setenta. La relación de American Optical con Lown y sus colegas aparentemente resultó beneficiosa para todos los interesados. La dinámica de ganancias exacerbadas para American Optical y de prestigio para Lown no estableció las condiciones óptimas para la evaluación objetiva y sistemática de la efectividad de las UCC.

La sede académica de Hewlett–Packard era el Centro Médico de la Universidad de Stanford, ubicado aproximadamente a medio kilómetro

de las oficinas corporativas en Palo Alto, California. Durante varios años William Hewlett, el director ejecutivo de Hewlett-Packard, fue consejero de la Universidad de Stanford. Adicionalmente, la filantropía privada establecida por Hewlett figuraba de manera preponderante entre los benefactores financieros de la universidad.

Más relevantes eran los vínculos entre Hewlett-Packard y la División de Cardiología en Stanford. Donald Harrison, profesor de medicina y jefe de la División de Cardiología, trabajaba como consultor primario de Hewlett-Packard en el desarrollo de tecnología de cuidado coronario. Harrison y sus colegas en Stanford colaboraron con los ingenieros de Hewlett-Packard en el diseño de los sistemas de las UCC, proyectados para el mercadeo tanto en centros académicos como en hospitales comunitarios, en los Estados Unidos y en el extranjero, incluidos los países menos desarrollados. Hewlett-Packard ayudó a construir prototipos de los componentes de las UCC en el hospital de la Universidad de Stanford, bajo la dirección de Harrison y otros miembros de la facultad. Los médicos de Stanford introdujeron los sistemas de Hewlett-Packard en el uso clínico.

Las innovaciones en el tratamiento de pacientes con enfermedad cardíaca ejercieron un impacto profundo en los costos de la atención en Stanford, estableciendo un patrón para el aumento de costos en los hospitales alrededor del mundo. Como lo documentó un estudio general de los costos del tratamiento para varias enfermedades en Stanford, los efectos de la tecnología para el cuidado coronario fueron dramáticos:

De las condiciones cubiertas por el estudio entre 1964 y 1971, los cambios en el tratamiento del infarto del miocardio presentaron sus efectos más drásticos en los costos. Esto se debió principalmente al aumento de costos de las unidades de cuidado intensivo. En 1964, el hospital de Stanford tenía una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) relativamente pequeña. Fue utilizada en sólo tres de los casos coronarios de 1964... para 1971, el hospital no sólo tenía una UCI sino también una unidad de cuidado coronario (UCC) y una UCC intermedia. De los casos de 1971, sólo uno no recibió cuidados en la UCC ni en la UCC intermedia⁶².

Más allá de los costos de las camas de cuidado coronario, el estudio describió rápidos aumentos en costosas inversiones para la atención

derivadas del cuidado intensivo, tales como pruebas de laboratorio, electrocardiogramas, soluciones intravenosas, rayos X, terapia respiratoria y fármacos. Como notaron los investigadores, estos cambios ocurrieron incluso cuando se mantenía la duda acerca de la efectividad general de las UCC en reducir la morbilidad y la mortalidad.

Durante finales de los años sesenta y principios de los setenta, varios artículos del grupo de Harrison describían nuevos desarrollos tecnológicos o trataban temas clínicos ligados al cuidado en UCC; muchos artículos daban reconocimiento al uso de los equipos y la asistencia de Hewlett-Packard; estos académicos también participaron en programas de educación médica continua en cuidado coronario, tanto en los Estados Unidos como en el exterior. Los especialistas de Stanford desempeñaron un papel importante en la promoción de la tecnología en general y de los productos de Hewlett-Packard en particular.

Filantropías privadas

El apoyo filantrópico también figuró de manera importante en el crecimiento de las UCC. Las motivaciones para los gastos filantrópicos incluían una compleja mezcla de objetivos humanitarios y consideraciones financieras (como se hizo en la expansión temprana del pasado del imperio, descrito en el Capítulo 1); con frecuencia, estas iniciativas emergieron de las acciones de los ejecutivos cuyas compañías producían equipos médicos o farmacéuticos. Filantropías específicas apoyaron con entusiasmo el enfoque de las UCC.

Entre los proponentes filantrópicos de las UCC ocupaba el primer lugar la *American Heart Association* (Asociación Americana del Corazón), la cual patrocinó la investigación que condujo al desarrollo de los productos para la UCC, especialmente los sistemas de monitoreo; además, la asociación ayudó a financiar los hospitales locales para que establecieran las UCC. El “propósito subyacente” de estas actividades, de acuerdo con el reporte anual de la asociación, era “fomentar y guiar la formación de nuevas unidades [UCC], tanto en grandes como en pequeños hospitales”⁷⁶³.

En los últimos años sesenta, el número anual estimado de beneficiarios de la American Heart Association seguía aumentando, de nuevo con afirmaciones de efectividad indocumentadas. De acuerdo con el reporte anual de 1968, los médicos eran incapaces de tratar un infarto cardiaco

hasta bien entrado el siglo XX, una era que el “Dr. Paul Dudley White caracterizó... como ‘A.C.’ –Antes de la Cardiología”-. Ahora, sin embargo,

las tasas de sobrevida de los pacientes hospitalizados se han incrementado sustancialmente gracias a las unidades de cuidado coronario [...]. Las unidades de cuidado coronario intensivo serán ampliamente expandidas en los hospitales que tratan pacientes con enfermedad aguda. Actualmente, sólo un tercio de los pacientes hospitalizados por infarto cardiaco tienen la suficiente fortuna como para ser ubicados en unidades de cuidado coronario. Si todos ellos tuvieran los beneficios de estas instalaciones de monitoreo y servicio de emergencia, se estima que se podrían salvar anualmente 50.000 pacientes más⁶⁴.

Esta aproximación sin fundamento persistió en la literatura de la American Heart Association hasta principios de los años setenta. Durante este mismo periodo, la asociación copatrocinó, con el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y el Colegio Americano de Cardiología, una serie de conferencias nacionales sobre cuidado coronario cuyo propósito era “el desarrollo exitoso del programa de las UCC” en todas las regiones de los Estados Unidos.

Otras fundaciones también apoyaron la proliferación de las UCC. Por ejemplo, la Fundación John A. Hartford brindó apoyo generoso a varios hospitales y centros médicos, durante principios de los sesenta, para el desarrollo de la capacidad de monitoreo. Entre los beneficiarios de la riqueza de Hartford se incluía el grupo de Lown en Boston. La visión pública de Fundación Hartford acerca de la efectividad de las UCC era inequívoca; el programa de cuidado coronario “ha demostrado que una instalación física que esté equipada y diseñada adecuadamente, dotada con personal entrenado para atender emergencias cardiacas, proveerá una terapia profiláctica que incrementará materialmente la sobrevida de estos pacientes y disminuirá sustancialmente las tasas de mortalidad”⁶⁵. Otra fundación que apoyó el crecimiento de las UCC, aunque no tan directamente, fue la Fundación W. R. Hewlett, fundada por el presidente ejecutivo de Hewlett-Packard. La Fundación Hewlett destinó grandes subsidios anuales para la Universidad de Stanford, que, después de una sin duda feroz evaluación competitiva de las alternativas, escogió los

equipos de Hewlett–Packard para sus UCC y otras instalaciones de cuidado intensivo⁶⁶.

El compromiso de la filantropía privada con las innovaciones tecnológicas surgió como un problema estructural que trasciende las personalidades que han controlado la filantropía en cualquier momento específico. Los legados que crearon las filantropías provenían históricamente, en gran medida, de los fondos generados por las corporaciones industriales norteamericanas que estaban orientadas hacia los avances tecnológicos. Aún más, los portafolios de inversión de las organizaciones filantrópicas solían incluir acciones de un número considerable de compañías industriales. Tales condiciones estructurales fomentaron el apoyo financiero para los avances tecnológicos como los del cuidado coronario. Las mismas condiciones tendían a desalentar la inversión filantrópica en nuevos programas o cambios organizacionales que hubieran modificado la estructura general del sistema de atención en salud, lo cual favorecía la posición de las corporaciones que producían y vendían productos de alta tecnología.

Por otra parte, es útil preguntarse quiénes tomaron las decisiones filantrópicas para financiar el desarrollo de las UCC. Durante mediados de los años sesenta, los directivos de la Asociación Americana del Corazón incluían ocho médicos con compromisos primarios en cardiología, ejecutivos de dos compañías farmacéuticas, un ejecutivo de una compañía de metales, un banquero prominente y varios funcionarios públicos (incluyendo a Dwight Eisenhower). En la cima de la promoción de las UCC en 1968, el presidente del Fondo anual del Corazón de la Asociación Americana del Corazón era un ejecutivo de una compañía de medicamentos. Durante los sesenta y principios de los setenta, los banqueros y ejecutivos también dominaban la junta directiva de la Fundación Hartford. La Fundación Hewlett permaneció como un negocio de familia. El señor y la señora W.R. Hewlett tomaban las decisiones sobre los bienes hasta principios de los setenta, cuando R. W. Heyns –antiguo rector de la Universidad de California, Berkeley, y director de *Norton Simon Inc.*, *Kaiser Industries* y *Levi–Strauss*– asumió la presidencia de la fundación. No es sorprendente que las políticas filantrópicas que apoyaban la proliferación de las UCC mostraran una fuerte orientación hacia los intereses de las grandes corporaciones.

El papel del Estado

El Estado, en la forma de las agencias gubernamentales, también desempeñó un papel importante en el crecimiento de las UCC; por ejemplo, el Servicio de Salud Pública brindó apoyo sustancial a los clínicos para el desarrollo de las UCC a principios de la década de los sesenta. Un funcionario del Departamento de Salud, Educación y Bienestar del nivel federal dio un “estimado” de 50.000 vidas potencialmente salvadas anualmente por las futuras UCC⁶⁷; sin base aparente en los datos, esta figura se convirtió en un eslogan para la promoción de las UCC. Las conferencias y publicaciones del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, a finales de los sesenta, especificaban las directrices para un adecuado equipo de UCC, aun cuando la efectividad de la propuesta no se había comprobado.

En estas actividades, tres funciones comunes del Estado en las sociedades capitalistas se hicieron evidentes. Primero, en políticas de salud, el Estado usó la selección positiva para apoyar a la empresa privada, al fomentar las innovaciones que aumentaban las ganancias de las grandes corporaciones industriales; el Estado no promulgó políticas que limitaran el beneficio privado de forma seria. Al reconocer los altos costos de la implementación de las UCC, las agencias estatales pudieron haber establecido limitaciones estrictas en cuanto a su número y distribución. Por ejemplo, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar debió exigir la regionalización de las instalaciones de las UCC y poner restricciones a su amplia proliferación. Posteriormente, los estudios sobre las tasas de mortalidad en las UCC mostraban en general mejores resultados en los centros más grandes y ocupados, y sugerían la racionalidad de las políticas regionalizadas⁶⁸. Las políticas del Departamento de Salud, Educación y Bienestar fomentaron justamente el desarrollo opuesto. Al publicar directrices que exigían tecnologías avanzadas en las UCC y promover la proliferación de las UCC hacia la mayoría de los hospitales comunitarios, el departamento aseguró la rentabilidad de las iniciativas corporativas en el campo del cuidado coronario. La segunda función importante del Estado tiene que ver con la legitimación del sistema capitalista. El Estado, al invertir en el cuidado coronario, acrecentó la legitimidad del gobierno y de las corporaciones cuando buena parte del público ya no tenía confianza en estas instituciones. La década de 1960 fue una época de agitación en los Estados Unidos, pues el movimiento

por los derechos civiles puso en tela de juicio los patrones básicos de injusticia. La oposición ante la guerra en Indochina movilizó a gran parte de la población en contra de las políticas gubernamentales y corporativas. Con frecuencia surgían conflictos laborales. En estas circunstancias, cuando el gobierno y las corporaciones enfrentaban una crisis de legitimidad a gran escala, el Estado mostró una tendencia a intervenir con proyectos de salud y bienestar. La tecnología médica servía como una “inversión de capital social”, por medio de la cual el Estado intentaba contrarrestar las recurrentes crisis de legitimidad del sistema capitalista⁶⁹. Las innovaciones tecnológicas como las UCC se volvieron inversiones legitimadoras convenientes, ya que transmitían un mensaje de profunda preocupación por la salud pública, mientras que a su vez apoyaban nuevas fuentes de ingreso para las grandes firmas industriales.

Tercero, coincidiendo con la expansión del pasado del imperio, las agencias gubernamentales proveían investigaciones de mercado que orientaban las ventas domésticas y extranjeras. La Encuesta Global de Mercado, publicada por el Departamento de Comercio, hizo un análisis detallado de los cambios en las instalaciones médicas, las camas hospitalarias y los médicos alrededor del mundo. Este informe especificaba cuáles países eran objetivos prioritarios para las ventas de equipos biomédicos. Por ejemplo, el reporte de 1973 señaló que “se espera que crezcan grandes mercados extranjeros para los equipos biomédicos, con una tasa de crecimiento anual aproximada del 15% en la década de los setenta, casi duplicando la tasa de crecimiento prevista para el mercado doméstico de Estados Unidos”⁷⁰. El mismo reporte predijo que Alemania Occidental (que priorizaría la construcción de UCC), Japón, Brasil, Italia e Israel surgirían como los mayores mercados, a corto plazo, para los productos manufacturados en los Estados Unidos. De acuerdo con el reporte, “los estudios en investigación de mercados identificaron equipos específicos que presenta [*sic*] oportunidades de venta de buenas a excelentes para EE.UU. en los 20 mercados [internacionales]”; el “equipo cardio-torácico” encabezaba la lista de productos con alto potencial de ventas. La investigación de mercados adelantada por las agencias estatales fomentó la proliferación de UCC e innovaciones relacionadas en la esfera de influencia de EE. UU., mientras que la capacidad de generar ganancias ensombrecía el tema de la efectividad tecnológica.

Cambios en la fuerza laboral del cuidado de la salud

El cuidado coronario involucraba tanto trabajadores como equipos. A lo largo del siglo XX ocurrió un proceso de descualificación del trabajo por medio del cual los oficios y profesiones calificadas se racionalizaron en tareas más sencillas que podían ser manejadas por trabajadores menos calificados y con menores salarios⁷¹. Por ejemplo, en la industria de la construcción, los aprendices reemplazaron a los carpinteros calificados. Por medio de la descualificación de la fuerza laboral encargada de la atención de salud, los paraprofesionales se encargaron de las tareas racionalizadas que podían ser especificadas por algoritmos, cubriendo así casi todas las contingencias. Durante el pasado del imperio, el proceso de descualificación no ocurrió solamente en Estados Unidos sino también en todo el mundo, especialmente en los países menos desarrollados donde las corporaciones promovían la tecnología de las UCC.

Este proceso aplicaba igualmente para las UCC y otras instalaciones de cuidado intensivo, donde las prescripciones estándar –usualmente impresas por adelantado– se usaban en casi todas las situaciones que pudieran surgir. Trabajar en una UCC era sofisticado pero, como muchos trabajadores de la salud se pudieron dar cuenta, gran parte de ese trabajo podía volverse rutinario. En algunas UCC apareció el término “piloto automático”; este término se refería a la preparación de prescripciones de cuidado intensivo rutinarias que cubrían por anticipado todas las posibilidades y que los trabajadores de la salud subordinados podían seguir; el término connotaba el mismo proceso de descualificación que había ocurrido previamente en la aeronáutica.

La descualificación de la fuerza laboral del cuidado intensivo no fue accidental; ocurrió como parte de una política de desarrollo de recursos humanos, que recibió apoyo de planificadores profesionales, gubernamentales y corporativos. A finales de los años sesenta y principios de los setenta, el entrenamiento de personal relacionado con la salud para trabajar con la tecnología del cuidado intensivo se convirtió en una prioridad de los educadores y administrativos. De acuerdo con esta visión, era importante entrenar una “formación de trabajadores de la salud capaces de manejar los deberes rutinarios y puramente funcionales”⁷². El vínculo entre los trabajadores relacionados con la salud y las nuevas tecnologías se volvió un supuesto de este enfoque. Existían límites en “el grado en que una delegación de tareas considerablemente mayor podía

ser lograda sin la introducción de nuevas tecnologías” que compensaban la falta de “entrenamiento en toma de decisiones” de los auxiliares⁷³. La disponibilidad de los equipos de monitoreo en las UCC hizo que éstas fueran adaptables para un personal técnico que podría recibir menores salarios que los médicos y los enfermeros. Los programas de entrenamiento paramédico, enfocados en cuidado intensivo, se volvieron una meta para los formuladores de políticas, incluso cuando reconocían la obsolescencia programada de los equipos de monitoreo y la tendencia de las corporaciones industriales a “capitalizar” este campo⁷⁴.

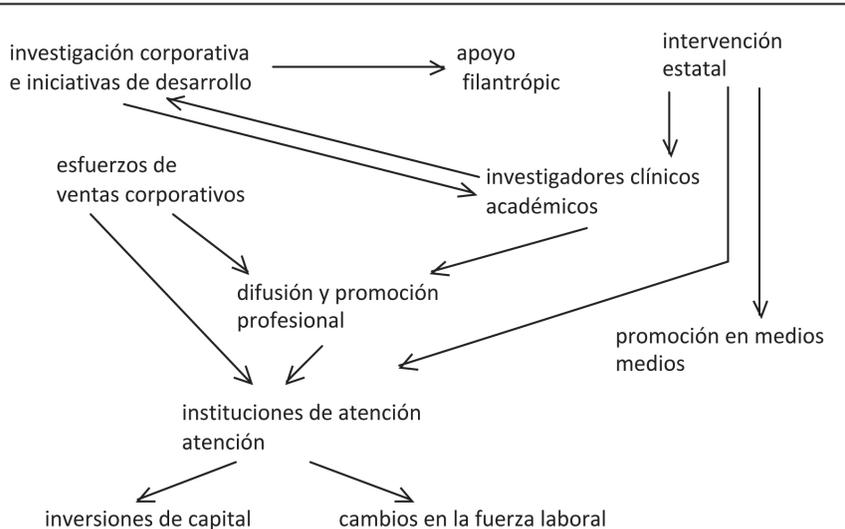
El trabajo de cuidado intensivo, aunque fue retratado como retador y excitante, era a menudo aburrido. A pesar de su efectividad no comprobada, la tecnología del cuidado coronario necesitaba, de todos modos, trabajadores alrededor del mundo que se ocuparan de las costosas máquinas y de los pacientes a los que estaban conectadas. Entrenados en tareas rutinarias, los técnicos relacionados con la salud parcialmente satisfacían esta necesidad; sin embargo, su baja calificación ilustraba la misma degradación del trabajo que afectó a la fuerza laboral por fuera del sector salud.

La innovación tecnológica y el sistema capitalista internacional

El desarrollo, la promoción y la proliferación de las UCC durante el pasado del imperio, primero en Estados Unidos y después a nivel mundial, representan un proceso histórico complejo; procesos similares ocurrieron en la expansión de muchas de las innovaciones y prácticas clínicas costosas; las pruebas de efectividad casi nunca orientaban las decisiones en las políticas de soporte a la difusión de dichas tecnologías. Aunque no es exhaustiva, una visión general ayuda a clarificar la proliferación de las UCC y otros “avances” médicos durante el pasado del imperio (figura 1, ver en la siguiente página). La investigación y el desarrollo corporativos llevaron a la producción de nuevas tecnologías, medicamentos e innovaciones relacionadas. La motivación que guiaba a las corporaciones eran las ganancias; en este sentido, la comercialización del cuidado de la salud se asemejaba a la de bienes y servicios no médicos. Vinculadas cercanamente con las corporaciones, las filantropías apoyaban la investigación y las prácticas clínicas que aumentarían las

ganancias. Las agencias estatales fomentaban innovaciones por medio de subsidios para la investigación, de asistencia financiera a centros médicos que adoptaban las nuevas tecnologías, y de defensa de nuevas prácticas clínicas vinculadas a las nuevas tecnologías. Mientras la intervención del Estado favorecía a la empresa privada, también aumentaba la legitimidad tambaleante del sistema político–económico capitalista. Los académicos, clínicos e investigadores, basados en hospitales de enseñanza, ayudaron a desarrollar tecnologías y promovieron su difusión a través de publicaciones profesionales y pronunciamientos en los medios públicos. Los esfuerzos corporativos de ventas cultivaron mercados en las instituciones de salud, domésticas y extranjeras, incluidas las de los países menos desarrollados. El cambio tecnológico generó la necesidad de trabajadores técnicos relacionados con la salud, quienes estaban menos calificados que los profesionales. La aceptación cíclica de las innovaciones tecnológicas por parte de las instituciones médicas incluía inversiones de capital que elevaron el costo general de la atención en salud a nivel mundial.

Figura 1. Vista general del desarrollo, la promoción y la proliferación de las Unidades de Cuidado Coronario y avances médicos similares



La creencia de que las UCC eran efectivas en la mejoría de resultados como la mortalidad y la morbilidad se implantó en tal medida que, aún hoy, los profesionales y los pacientes rara vez cuestionan si el ambiente del cuidado intensivo es el mejor para la recuperación después de un infarto cardiaco. Se podría esperar que la efectividad no comprobada de las UCC hubiera atraído más investigación en los años recientes, pero no es el caso; por ejemplo, cuando han surgido inquietudes acerca de la efectividad de algún procedimiento en particular en el cuidado de los pacientes con infarto cardiaco, los ensayos controlados aleatorios han brindado respuestas, pero siempre con pacientes que han sido admitidos en las UCC⁷⁵. Desde esta perspectiva, los investigadores aprendieron que el rezo es relativamente efectivo en la mejoría de los pacientes en las UCC, después de los infartos cardiacos⁷⁶. Por otra parte, los investigadores descubrieron que el catéter Swan–Ganz, que por muchos años midió la función ventricular de los pacientes en las UCC, no solo era inefectivo, sino posiblemente peligroso⁷⁷. Demostrando una vez más el potencial persuasivo de las prácticas no comprobadas pero ampliamente utilizadas, el Colegio Americano de Cardiología –como parte de su quincuagésimo aniversario– volvió a publicar uno de los primeros artículos acerca de las UCC como publicación de referencia, aun cuando el artículo original afirmaba demostrar la efectividad de las UCC sin datos de ningún ensayo controlado aleatorio⁷⁸. Dado el peso de semejantes opiniones, los comités que actualmente monitorean la investigación en sujetos humanos probablemente no aprobarían una investigación que reexamine la efectividad de las UCC, asignando aleatoriamente pacientes a las UCC frente al tratamiento domiciliario, después de un infarto cardiaco.

Mientras tanto, en la atención en salud y en otras áreas, la metodología costo–efectividad restringió el nivel de análisis a la evaluación de innovaciones específicas. Aun cuando este enfoque evaluaba la efectividad de las tecnologías, como no lo hizo realmente con la tecnología del cuidado coronario, el abordaje costo–efectividad ocultó una de las fuentes fundamentales de los altos costos y de las prácticas inefectivas: la motivación de las ganancias. La sofisticación metodológica aparente enmascaraba la pobreza analítica de la investigación que evaluaba varias innovaciones diferentes mientras pasaba por alto sus orígenes comunes en el direccionamiento por las ganancias. Por culpa de esta deficiencia, los análisis costo–efectividad confundieron las raíces de las prácticas

costosas e inefectivas propias de la naturaleza del sistema capitalista global.

Sin embargo, los defectos en la investigación resultaron menos peligrosos que los defectos en las políticas. La contención de los costos de la atención en salud se convirtió en una prioridad altamente solicitada a nivel mundial. Los servicios cuya efectividad resultó difícil de demostrar por las nuevas metodologías se volvieron los primeros candidatos para los recortes, incluyendo la atención primaria y los servicios de salud pública. Tanto en países desarrollados como en los menos desarrollados, la gente pobre y los grupos minoritarios, históricamente victimizados, fueron los primeros en sufrir por esta pretendida racionalización de las políticas (analizo las políticas neoliberales recientes, que guían hacia recortes en el sector público, en la Parte 2). Mientras tanto, las ganancias privadas en la atención en salud, combustible importante para los altos costos, continuaron sin cesar. La promoción de altas tecnologías en medicina, que ocurría en países capitalistas avanzados y en países menos desarrollados de la periferia, puede parecer irracional cuando se analiza en términos de efectividad médica comprobada. Esta tendencia se muestra más racional cuando se mira desde las necesidades del sistema capitalista internacional.

* * *

Pese al amplio impacto que la difusión de la alta tecnología médica ejerció al servicio de las ganancias corporativas y de la consolidación del imperio económico, la resistencia a este acercamiento surgió en varias partes del mundo. Esta resistencia frecuentemente adoptó orientaciones conceptuales de la medicina social y la comprensión de los determinantes sociales de la enfermedad y de la muerte temprana –por ejemplo el trabajo de Engels, Virchow y Allende, como se discutió en el Capítulo 2–. La aproximación conceptual diferente también se prestó para luchas históricas importantes en contra del modelo dominante de medicina capitalista que se expandió en el pasado del imperio. Ahora dirige la atención hacia dos ejemplos que ilustran dichas luchas en contra del modelo dominante y a favor de un modelo diferente, que confrontaron y trataron de cambiar las condiciones sociales que causaban enfermedad y aceleraban la muerte temprana.

Capítulo 4

Trayectorias de la resistencia al imperio en salud pública y servicios de salud

La sociedad en la cual la medicina y la salud pública se sitúan da forma a los cambios que ocurren en la esfera médica. En el contexto del pasado del imperio, Chile y Cuba tomaron caminos diferentes, y sus historias tienen mucho que enseñar acerca de la política, la estrategia y la naturaleza de la reforma. Los cambios en la salud y en los sistemas públicos de salud fueron paralelos a las transformaciones que estaban ocurriendo en ambas sociedades. Las aproximaciones conceptuales diferentes de Engels, Virchow y Allende influyeron en las políticas sociales y en las políticas en salud que se llevaron a cabo en los dos países. El modelo alternativo hizo énfasis en la importancia del cambio social como una ruta para mejorar los resultados en salud; esta ruta implicaba modificar fundamentalmente los determinantes sociales de la enfermedad y la muerte prematura.

Hasta 1973, Chile disfrutó de una larga historia de gobierno civil con una fuerte tradición de socialdemocracia y programas progresistas en salud y bienestar. En la Cuba anterior a 1959, una dictadura controlaba el país, se presentaban crueles patrones de privilegios de clase, y los sistemas públicos de salud y bienestar resultaban rudimentarios, en el mejor de los casos. Ambas naciones latinoamericanas sufrían por el subdesarrollo económico y la dependencia. Después de que Chile y Cuba ganaron la independencia política del imperialismo español y británico, los dos países presenciaron la explotación y la extracción de recursos económicos por parte de las corporaciones norteamericanas. En Chile, el imperialismo económico extrajo recursos minerales como el cobre,

y en Cuba, el azúcar y el turismo fueron grandes fuentes de beneficio extranjero. La pobreza y el imperialismo constriñeron la efectividad de los programas de salud y bienestar en ambas naciones. Cuando el gobierno de la Unidad Popular (UP), encabezado por Salvador Allende, entró en funciones en 1970, apuntó hacia la emergencia no violenta y gradual del socialismo; pero el golpe de Estado militar de 1973 finalizó abruptamente con el “camino pacífico” chileno, ampliamente vigilado, hacia una sociedad socialista. Por otra parte, la revolución cubana fue rápida, violenta y exhaustiva en la consolidación del poder del Estado.

Las historias de ambos países demuestran los vínculos entre medicina, salud pública, imperio y cambio social. Las experiencias de Chile y Cuba ilustran las limitaciones de las grandes reformas de la atención en salud dentro de un contexto de contradicciones sociales sin resolver, y las ventajas de las políticas en salud ligadas al cambio social estructural más amplio. En Chile, las contradicciones subyacentes impidieron las reformas cruciales, tanto dentro como fuera del sector salud. Los logros en Cuba –en la reorganización del sistema de atención en salud, en la adopción de políticas públicas racionales acerca de la tecnología médica, en la reestructuración de la medicina comunitaria y en la modificación de las relaciones médico–paciente– crecieron orgánicamente a partir de una revolución social de amplio rango.

La comparación de las historias de Chile y Cuba durante el pasado del imperio expone ciertas enseñanzas que aplican sin importar el nivel de desarrollo de una sociedad. Primero, la atención en salud está inextricablemente ligada a los sistemas políticos y económicos de la nación. Segundo, los problemas en el sistema de salud surgen de las contradicciones sociales más amplias y las refuerzan. Tercero, las reformas graduales del sistema de salud ejercen un impacto de corta duración si no hay cambios básicos en el orden social. Tales enseñanzas del pasado del imperio también establecen un escenario para las políticas que dieron forma a la medicina y a la salud pública en el presente y futuro del imperio, lo que será considerado más adelante.

Chile: una transformación frustrada por el imperio

En 1952, como senador en el Congreso Nacional, Salvador Allende propuso una legislación que establecía un Servicio Nacional de Salud (SNS), un sistema que proveía servicios a las personas que no podían pagar médicos privados. El SNS abarcaba una red de hospitales y clínicas públicos. Con la implementación de este programa, la atención en salud se convirtió en un derecho para todos los ciudadanos chilenos.

El SNS, sin embargo, desarrolló ciertas debilidades, incluyendo la tendencia de los médicos a utilizar las instalaciones del sistema para realizar consultas privadas, lo que, en consecuencia, mermó los recursos públicos. Debido a que podían unirse voluntariamente al SNS y trabajar medio tiempo, los médicos ganaron acceso a los hospitales y a las clínicas del SNS donde mantenían consultorios para atender tanto a los pacientes del SNS como a los particulares. Aunque se esperaba que los médicos privados trabajaran una porción fija de tiempo para el SNS, esas horas no se hacían cumplir por los funcionarios del SNS. Para el momento en el que el gobierno de la UP tomó el poder, en 1970, aproximadamente el 90 por ciento de los médicos chilenos pertenecían al SNS trabajando de tiempo completo o de tiempo parcial. En ningún sentido, sin embargo, esta estadística representaba un compromiso sustancial con la salud pública.

En el seguro nacional de salud chileno, el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), establecido en 1968, incrementó la complejidad y la burocracia del sistema en lugar de mejorar y consolidar la atención en salud disponible para los chilenos. El Sermena creó un sistema de salud adicional al SNS y a la práctica privada. Como un plan voluntario de seguro médico, similar a los planes *Blue Cross–Blue Shield* en Estados Unidos, el Sermena ofrecía beneficios de hospitalización y ambulatorios a los pacientes que decidieran pagar una prima de seguro anual. Adicionalmente, el Sermena recibía subsidios públicos de los fondos de gobierno que se utilizaban para pagar a los médicos en la modalidad de pago por servicio, por atender a los pacientes cubiertos por el plan del seguro.

Una motivación fundamental del Sermena era proveer apoyo constante a la práctica privada pagada por servicio, y de este modo subvencionar a las clases media y alta que, en general, acudían a los médicos privados.

Durante la década de los sesenta, Chile, como muchos otros países, enfrentó incrementos acelerados en el costo de atención en salud. La clase media de Chile, que en general recurría a la práctica privada, en vez de al SNS, sintió estos incrementos agudamente. La profesión médica se empezó a preocupar porque podría perder gran parte de su clientela privada. Como resultado, en 1968 la administración presidencial de Eduardo Frei Montalva, del Partido Demócrata Cristiano, estableció el Sermena para proveer el seguro de salud administrado por la Nación para la mayoría de profesionales, dueños de negocios pequeños y empleados gubernamentales. De esta manera, el Sermena dirigió más recursos de la salud de Chile hacia el sector privado. Así como el SNS, el Sermena brindó importantes beneficios a los médicos privados y no exigió ningún cambio fundamental para mejorar la atención en salud disponible para los chilenos de bajos ingresos.

Los gobiernos anteriores a la administración de la UP de Allende habían creado un sistema público de salud, pero no habían superado las inequidades de la contradicción público-privado. Aunque la mayoría de los médicos chilenos trabajaban medio tiempo para el SNS, también continuaron con sus propias prácticas. Los médicos recibían un mayor reconocimiento financiero de sus pacientes privados y sentían poca motivación para dedicar energía a los pacientes cubiertos por los programas públicos. Aunque la mayoría de los ciudadanos chilenos eran pacientes “públicos”, la inversión general en salud era considerablemente mayor en el sector privado que en el público. Los gastos en salud per cápita eran mucho mayores para la pequeña proporción de chilenos que obtenían atención de médicos particulares que para aquellos cubiertos por el Sermena y el SNS. Durante 1969, por ejemplo, el pago por servicios de la práctica privada consumió aproximadamente 100 dólares per cápita por año, para servir al 8% de la población chilena; el Sermena utilizó aproximadamente 50 dólares per cápita por año, para servir al 22% de la población, y el SNS, para servir al 70% de la población chilena, recibió cerca de 33 dólares per cápita por año⁷⁹. Esta desigualdad en las cifras ilustra cómo el sector privado creó una pérdida de recursos financieros y de personal disponible capaz de servir en el sector público.

Con la constitución del Sermena, la atención médica chilena asumió la forma de un sistema de tres clases: las personas de altos, medios y bajos ingresos disfrutaban del acceso a diferentes tipos de atención en salud.

La clase alta mantuvo el acceso a los médicos particulares y el pago por servicio. La clase media usualmente obtenía la cobertura del seguro a través del Sermena, que también pagaba a los médicos por servicio, pero con subsidios del gobierno financiados por los impuestos. Mientras que los chilenos de bajos ingresos tenían en teoría un derecho a la atención en salud brindada por el SNS, aunque en la práctica el problema de la mala distribución de los servicios médicos en Chile impedía que las personas de bajos ingresos recibieran la atención adecuada.

Las inequidades del sistema en varios niveles llegaron a ser ampliamente reconocidas y diversas voces pidieron la adopción de un sistema de salud unificado o Servicio Único. El Servicio Único buscaba abolir el sector privado, bien fuera prohibiendo las prácticas médicas privadas o cobrando impuestos muy altos a la práctica privada. Si se hubiera establecido, el Servicio Único habría brindado, teóricamente, los servicios eficientemente a las personas de todas las clases sociales. El concepto de Servicio Único amenazaba claramente la profesión médica chilena. Como esta medida seguía siendo controversial, la coalición de la UP no la incluyó formalmente en la plataforma política para la elección de 1970⁸⁰. La plataforma, que representaba un compromiso adquirido conjuntamente por varios partidos de izquierda, a duras penas ponía de manifiesto que la atención en salud era un derecho básico de todos los ciudadanos.

La administración de la UP de Allende favoreció una distribución de recursos más equitativa, pero nunca defendió explícitamente la supresión de la práctica privada, y se posesionó sin una política clara que estuviera dirigida a la eliminación de la dualidad público-privado. Este gobierno buscó el socialismo por medios pacíficos. Durante sus tres años en el poder, fomentó la politización del sistema de atención en salud y otros sectores. Aunque la UP asumió el poder en la rama ejecutiva del gobierno a través de un proceso electoral, vastos sectores de la sociedad chilena siguieron siendo autónomos. En particular, la UP no obtuvo el control legislativo, judicial ni militar. Durante sus tres años en el poder, mientras fomentaba la politización, la UP nunca estuvo cerca de la consolidación del poder del Estado, como se había anticipado inicialmente. Esta debilidad hizo que la UP fuera vulnerable al derrocamiento armado, largamente orquestado

por los Estados Unidos, que la devoción de Allende por los procesos no violentos y constitucionales no pudo prevenir.

Los oponentes se esforzaron por crear una situación de escasez y caos económico en un intento por socavar la UP, y el gobierno de los Estados Unidos (sobre todo a través de la Agencia Central de Inteligencia) apoyó y ayudó a planear esa campaña de desestabilización. La escasez de medicamentos y equipos afectó profundamente el sistema médico. Como la atención en salud estaba vinculada de cerca con la situación económica de Chile, los efectos del imperio y del subdesarrollo llegaron a ser claros durante el periodo de la UP. Las políticas económicas que promovieron la caída de la UP se crearon principalmente en los Estados Unidos, cuando las corporaciones multinacionales vieron con alarma el prospecto de un gobierno socialista; corporaciones como la *International Telephone and Telegraph* (ITT) conspiraron activamente para prevenir que Allende asumiera la presidencia después de su elección en 1970⁸¹. Cuando la UP tomó posesión, puso en marcha la nacionalización de varias industrias clave dominadas por los intereses norteamericanos; la iniciativa económica más dramática ocurrió en 1971, cuando Chile nacionalizó sus minas de cobre.

Las empresas financieras de los Estados Unidos dieron pronta respuesta con un bloqueo económico contra Chile, en tanto que la administración de Nixon negó auxilios, préstamos o créditos extranjeros adicionales. Los representantes de EE.UU. en las instituciones financieras internacionales (como el Fondo Monetario Internacional, el Export-Import Bank, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo), así como los grandes bancos importantes en Estados Unidos que tradicionalmente ofrecían crédito a naciones extranjeras, retuvieron los préstamos para propósitos no militares.

Debido a la dependencia chilena de los préstamos para la adquisición de importaciones, el país enfrentó la dura escasez de bienes de consumo. La insatisfacción de los consumidores chilenos de clase media sumergió al gobierno de la UP en una posición política cada vez más insostenible. Los directivos de la ITT predijeron las consecuencias de implementar una política económica inflexible: “la esperanza más realista entre aquellos que quieren bloquear a Allende es que una economía deteriorándose rápidamente... provocará una ola de violencia, resultando en un golpe militar”⁸². Mientras negaba el apoyo económico en todos los sectores

civiles, el gobierno de EE.UU. continuaba proporcionando asistencia técnica y financiera a las fuerzas militares chilenas⁸³.

Las fuerzas del imperio, ligadas con la dependencia económica, atenuaron la habilidad chilena para conseguir reformas duraderas en la atención en salud. Los lazos entre el subdesarrollo médico y el subdesarrollo económico limitaron ampliamente los recursos de salud, dificultando los trabajos de la UP. Como observó el periodista chileno Valenzuela, si Chile y otros países similares gastaran la misma proporción de sus riquezas en atención en salud que los países desarrollados, como los Estados Unidos, el impacto sería limitado debido al menor nivel de riqueza de los países menos desarrollados. Valenzuela concluyó: “consecuentemente, toda política de salud debe estar unida muy de cerca con la política general teniendo en cuenta el desarrollo del país”⁸⁴.

El imperio también atenuó, por otras vías, la capacidad chilena para alcanzar reformas duraderas en la atención en salud. Las corporaciones multinacionales que funcionaban en países menos desarrollados, como Chile, generalmente sacaban más ganancias que lo que invertían. Productos como los instrumentos médicos y los medicamentos habían sido importados o manufacturados en Chile por lucrativas subsidiarias de las corporaciones norteamericanas (como se describió para la tecnología del cuidado coronario en el capítulo anterior). Durante los años previos al gobierno de la UP, las compañías extranjeras se llevaron de Chile aproximadamente 9.800 millones de dólares en ganancias⁸⁵. Esta riqueza, si no se hubiera sacado del país, habría podido ser destinada a la salud y al bienestar, así como al desarrollo económico en general.

En el mismo sector salud, los recursos también iban desde los países menos desarrollados hacia los más desarrollados. Los médicos formados en países como Chile frecuentemente migraban a naciones desarrolladas como Estados Unidos, llevando a una pérdida de recursos humanos y de capital en los países más pobres. Debido al flujo de médicos hacia Estados Unidos, América Latina sufrió una pérdida anual de más de \$200 millones de dólares, una cifra aproximadamente equivalente a la ayuda médica que los Estados Unidos dieron a América Latina durante toda una década⁸⁶. Cuando los recursos humanos y naturales abandonaron el país en vastas cantidades, una nación menos desarrollada como Chile no podía esperar una mejoría sustancial en la atención en salud.

La posición de clase de los profesionales médicos también significó un problema para los programas de la UP, pues la mayoría de los médicos tenían intereses de clase que entraban en conflicto con el cambio social progresivo. La Asociación Médica Chilena se opuso sistemáticamente a la UP por dos razones. Primero, como miembros de la clase media alta, los médicos encontraron en la escasez de bienes de consumo un inconveniente intolerable para el estilo de vida al que estaban acostumbrados; aunque la escasez, así como la inflación de precios que afectaba los productos, fueron en gran medida resultado de las sanciones económicas impuestas por los Estados Unidos, la mayoría de los médicos chilenos culpaban al gobierno de la UP y a Allende personalmente por las dificultades chilenas. Segundo, los médicos chilenos vieron amenazas potenciales a su propio dominio profesional del sistema de atención en salud; el apoyo de la UP a los Consejos de Trabajo y Consumo en los barrios y hospitales (descrito más adelante) implicaba una transformación inminente del sistema de atención en salud en dirección del control popular.

El gobierno de la UP estableció varios programas de salud pública diseñados para mejorar la distribución de recursos a lo largo del país⁸⁷. Las innovaciones de la UP se centraron en nutrición, salud ambiental y cuidado preventivo. El análisis de Allende sobre los orígenes sociales de la enfermedad (como se discutió en el Capítulo 2) y su visión de la necesidad del cambio social como precondition para el progreso en salud pública establecieron el marco para las principales reformas de la UP. El gobierno suministraba gratuitamente medio litro de leche diario a todos los niños y madres embarazadas o lactantes. Las campañas educativas promovían una mejor nutrición. El SNS desarrolló un sistema de atención de emergencia cuyo propósito era ofrecer servicios gratuitos a todos los ciudadanos para atender emergencias médicas y quirúrgicas. Para ayudar a reducir las altas tasas de mortalidad infantil y perinatal en Chile, el gobierno estableció una red de clínicas de maternidad en pueblos pequeños. Centrándose también en salud ocupacional y ambiental, la UP intentó disminuir la incidencia de enfermedades como la silicosis, exigiendo innovaciones técnicas en las minas de cobre e industrias que emitían polvos minerales en los procesos de producción. Adicionalmente, el gobierno inició programas para mejorar los servicios sanitarios y de vivienda, especialmente en las áreas de bajos ingresos. Intentando corregir la mala distribución de los servicios de salud heredada de las administraciones anteriores, la UP empezó a construir nuevos hospitales y

clínicas, y dio inicio a incentivos financieros para los médicos dispuestos a trabajar en provincias rurales. Estos cambios incrementaron los servicios ambulatorios y hospitalarios en áreas marginadas. La UP también promovió campañas a corto plazo para centrar la atención en problemas de salud rurales. Por ejemplo, el “Tren de la Salud”, patrocinado por el gobierno, daba atención médica aproximadamente a 30.000 personas en un recorrido por las provincias del sur. Estas reformas de salud fueron altamente visibilizadas y ampliamente publicitadas.

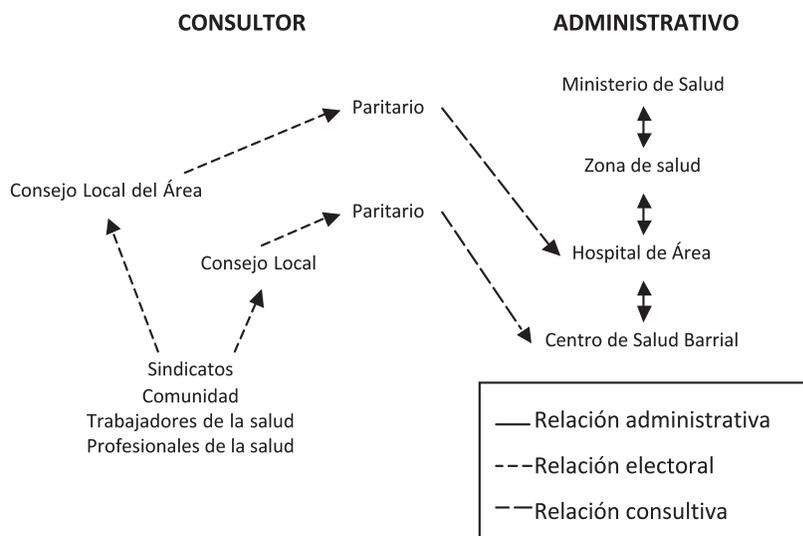
Debido a que la UP no tuvo éxito en la consolidación del poder estatal mediante la obtención del control sobre todas las ramas de gobierno, la rama ejecutiva no pudo utilizar mecanismos obligatorios para alcanzar una transformación estructural profunda en la atención en salud, y se mantuvo la mala distribución generalizada del personal y de las instalaciones de salud. La UP no pudo nacionalizar el sistema de salud, y el gobierno no exigió a los médicos trabajar en áreas del país que carecían de personal adecuado. La UP tampoco logró expandir sustancialmente los recursos disponibles para la salud pública pues no podía imponer mayores restricciones a la práctica privada. En lo que respecta a la costosa tecnología médica, aunque el gobierno de la UP hizo algunos esfuerzos iniciales para regular las ventas de medicamentos y equipos, no logró crear un control nacional que limitara las ganancias privadas de las corporaciones multinacionales. Las contradicciones sociales más amplias, incluyendo el desarrollo desigual y la dualidad público–privado, persistieron como limitaciones estructurales para el cambio⁸⁸.

Respecto del control y la organización del sistema de atención en salud, la UP fomentó la democratización y la descentralización; estas modificaciones señalaron cambios importantes en la financiación y en el manejo del poder; en general, el gobierno apoyó un mayor control del trabajador y del consumidor. En el sector industrial, esta política condujo a la administración obrera de varias fábricas, especialmente después de que algunas compañías (incluyendo textiles, talleres automotrices y metalúrgicas) fueron nacionalizadas. En el sistema de atención en salud, el control del consumidor y del trabajador emergió gradualmente en dos niveles: la comunidad y el hospital.

Parte del programa de la UP se esforzó por descentralizar la atención médica, poniendo mayor énfasis en los centros de salud vecinales. La meta de la descentralización, de la mano con los esfuerzos por democratizar

el sistema de salud y fomentar una mayor participación comunitaria, llevó a la promulgación del Decreto 602, una orden gubernamental que proporcionaba la estructura para la participación activa de los trabajadores de la salud y los representantes de la comunidad. El Decreto 602 establecía cuatro consejos de salud diferentes: dos a nivel de centros de salud vecinal y dos a nivel de hospitales de área. La figura 2 presenta un diagrama simplificado de las relaciones entre los consejos consultivos, los centros de salud y los hospitales de área.

Figura 2. Estructura de participación popular bajo el gobierno de la Unidad Popular en Chile



La UP inició un Programa de Desarrollo Sociocultural, uno de cuyos objetivos era integrar a los equipos de salud y a los miembros de la comunidad en la identificación de las necesidades locales. Al cooperar con las organizaciones sociales, los equipos de salud ofrecían información en salud y hacían énfasis en la importancia de la participación directa de las personas como conocedores expertos de la comunidad. Los equipos de salud fomentaban el comportamiento asertivo de los pacientes con los médicos. Esta actividad apuntaba hacia una mayor autonomía personal en el cuidado de la salud y reducía la dominación profesional en las relaciones médico-paciente. En general, los equipos de salud intentaban elevar el nivel de conciencia médica y política y fomentar el activismo.

A medida que la participación comunitaria se fortalecía, muchos consejos de salud locales se integraron a otras organizaciones de base amplias preocupadas por la distribución de alimentos, el transporte, la seguridad local y la producción industrial. Cuando las instalaciones de salud disponibles se consideraban inadecuadas, los miembros de los consejos de salud locales tomaban parte en “comités de defensa de la salud” autónomos. Estos grupos llegaron a ser rutas cada vez más viables para alcanzar el poder popular. También proporcionaron las bases para los esfuerzos masivos que fueron necesarios para mantener la atención en salud durante los posteriores paros y boicoteos de los profesionales médicos.

Paralelo a estos cambios en el ámbito vecinal, ocurrió una democratización comparable en la toma de decisiones de muchos hospitales, especialmente en aquellos afiliados con escuelas de medicina. En cada departamento especializado un consejo administrativo incluía representantes electos de los trabajadores profesionales y de los no profesionales. Este consejo tomaba decisiones administrativas y de personal que anteriormente habían estado bajo la jurisdicción exclusiva de los profesionales de alto rango. La influencia de los consejos de cada departamento se extendió hasta la administración del hospital como institución. Los consejos departamentales elegían representantes –tanto trabajadores no profesionales como médicos– al consejo que hacía las políticas para todo el hospital. La reestructuración de las relaciones de poder en los hospitales reflejaba el empuje hacia la democratización, que ocurrió igualmente en otras instituciones chilenas, incluidas las empresas industriales y las universidades.

Los efectos del golpe del 11 de septiembre de 1973, que el gobierno de EE.UU. ayudó a planear y llevar a cabo, fueron devastadores para gran parte de la sociedad chilena y para su sistema de atención en salud. Tomando el poder apenas seis meses después de que el 44% de los chilenos votaran por el gobierno de la UP en elecciones parlamentarias, la junta militar sabía que debía ocuparse de sus oponentes, y, en general, optó por ejecutarlos. Durante los tres primeros meses de la dictadura, de una población total de 8 millones en Chile, aproximadamente 10.000 personas fueron asesinadas⁸⁹. La junta cerró la mayoría de centros de salud vecinales que operaban en comunidades urbanas y zonas rurales; los servicios médicos descentralizados fueron devueltos a los hospitales

de área, los cuales volvieron a ser controlados por los miembros de la Asociación Médica Chilena; la participación de la comunidad en la planeación de la salud terminó abruptamente, y los consejos locales y de área que influenciaban las políticas de salud bajo la UP se disolvieron. En el interior de los hospitales, los consejos de consumidores y trabajadores en los niveles departamentales y hospitalarios fueron abolidos. Los médicos privados, bajo el escrutinio militar, recuperaron el control sobre el sistema de salud. La dictadura también discontinuó la mayoría de los programas preventivos en salud del gobierno de la UP o, como en el caso de la distribución de leche gratuita para los niños, los empresarios privados tomaron el control de estos programas. Los chilenos de bajos ingresos tuvieron aún más dificultades para obtener atención médica que las que enfrentaban antes del periodo de la UP.

Los trabajadores de la salud que apoyaron el programa de la UP sufrieron duras represalias, incluyendo despidos laborales, encarcelamiento y tortura. Aproximadamente dos tercios del sindicato de trabajadores no profesionales de la salud fueron despedidos a causa de actividades previas en apoyo de la UP; un tercio de los miembros del sindicato de los profesionales de la salud no médicos también fueron despedidos. Las tasas de desempleo para los trabajadores de la salud, tanto profesionales como no profesionales, crecieron rápidamente. Los antiguos directores de los centros de salud vecinales fueron detenidos en el Estadio Nacional con otros presos políticos. Por lo menos treinta y cinco médicos fueron ejecutados o murieron después de ser torturados. Los profesores de las escuelas de medicina, así como los médicos generales, fueron apresados; la tortura era utilizada rutinariamente contra los médicos y otros trabajadores de la salud. Algunos médicos militares cooperaron impartiendo torturas, particularmente supervisando el uso de drogas durante las sesiones de tortura⁹⁰.

La experiencia chilena fue profundamente perturbadora para quienes defendían la no violencia y la reforma pacífica. Careciendo del poder estatal, y no dispuesta a armar a las masas para la confrontación militar, la UP no pudo persuadir a la oposición para que mantuviera los procedimientos legales y constitucionales. La brutalidad de la dictadura chilena mostró los métodos violentos necesarios para resistir a un movimiento ampliamente apoyado y dirigido hacia el cambio progresista.

Cuba: una transformación que frustró el avance del imperio

Pese a sus problemas, el sistema de atención en salud que el gobierno de la UP heredó en Chile era ampliamente superior al sistema prerrevolucionario en Cuba. Los servicios médicos de Cuba antes de 1959 eran tan limitados que apenas requieren discusión; el gobierno operaba un pequeño número de clínicas y hospitales públicos en La Habana y en algunas otras ciudades; las instalaciones estaban mal distribuidas y plagadas de corrupción, y los médicos y clínicas privadas, ubicados casi exclusivamente en la capital y las ciudades grandes, prestaban servicios a los cubanos de altos ingresos en la modalidad de pago por servicio. Los grupos aseguradores, o mutualistas, administraban planes de aseguramiento privado para los descendientes de regiones geográficas específicas de España y para categorías selectas de trabajadores industriales. La provincia de La Habana contenía el 32% de las camas de hospital del país y el único banco de sangre; no había ni una clínica dental pública. La única facultad de medicina, en La Habana, formaba médicos para la práctica privada; la mayoría de los graduados permanecía en La Habana, se instalaba en otras ciudades o emigraba.

Antes de la revolución, los cubanos de bajos ingresos que vivían en áreas tanto urbanas como rurales enfrentaban obstáculos descomunales para obtener los servicios necesarios⁹¹. Más del 60% de la población no tenía acceso regular a la atención médica. Los médicos, clínicas y hospitales en el sector privado no estaban disponibles a causa de los altos costos y la mala distribución geográfica. La medicina del sector público era rudimentaria y generalmente inaccesible. Los curanderos y las comadronas brindaban servicios a los pobres de Cuba, pero ejercían poco impacto en las enfermedades del subdesarrollo; la tasa de mortalidad infantil estaba entre las más altas del mundo. Los cubanos también sufrían de una alta incidencia de enfermedades infecciosas como tuberculosis, polio, malaria, parásitos intestinales, diarrea aguda, difteria y tétano; la malnutrición aumentaba el riesgo de infección y las epidemias eran frecuentes. En resumen, no existía un sistema público de salud coordinado, las costosas tarifas y la mala distribución dejaban a gran parte de la población sin acceso a los servicios y los patrones

de enfermedad y muerte temprana característicos del subdesarrollo causaban estragos en los pobres.

En Cuba la revolución ocurrió rápida y dramáticamente. Después de su victoria militar, el gobierno revolucionario se movilizó rápidamente para consolidar el poder, creando relaciones cooperativas que vinculaban a las organizaciones de base y el liderazgo del partido. El nuevo gobierno controló las fuerzas armadas y la rama ejecutiva; las ramas legislativa y judicial dejaron de existir en sus formas prerrevolucionarias, y las organizaciones sociales emergieron a lo largo del país⁹². Los antes clandestinos grupos locales se reconstituyeron como Comités para la Defensa de la Revolución (CDR). Organizados en barrios y lugares de trabajo locales, los CDR se preocuparon inicialmente por la seguridad y la vigilancia frente a las actividades contrarrevolucionarias; más tarde, llegaron a ser las estructuras políticas primarias de representación popular en las decisiones políticas. Otras organizaciones sociales más importantes incluían la Federación de Mujeres Cubanas, la asociación de pequeños agricultores y los sindicatos. Todas las organizaciones sociales elegían representantes en los niveles local, regional, provincial y nacional. El Partido Comunista cubano, que llegó a tener la máxima responsabilidad en las decisiones políticas nacionales, asumió el poder formal después de que las organizaciones sociales se habían establecido. Las relaciones cooperativas vincularon a estas organizaciones con el liderazgo del partido. Un nuevo sistema judicial también emergió; los tribunales populares, elegidos por la gente, generalmente decidían disputas y hacían juicios acerca de acciones criminales en el nivel local; los tribunales regionales, provinciales y nacionales se adjudicaban conflictos de mayor peso, como los que surgían entre los sindicatos y los administradores de las fábricas.

Como en Chile, los médicos cubanos ocupaban una posición de clase privilegiada antes de la revolución; la mayoría mantenía servicios privados urbanos que servían a pacientes de altos ingresos. La velocidad y la naturaleza militar de la revolución conllevaron poca resistencia organizada por parte de la profesión médica. También, debido a que el sistema público de salud, los hospitales y las clínicas ya eran inadecuados, las huelgas u otros paros laborales de los profesionales de la salud habrían tenido un impacto mucho más limitado que el que tuvieron en Chile. Los

médicos se encontraban en una sociedad radicalmente diferente, cuyo futuro era impredecible y difícil de controlar.

El gobierno revolucionario de Cuba no tomó medida alguna para cambiar las condiciones de la práctica médica privada. Durante los primeros años después de la revolución, los profesionales de la salud se enfrentaron a pocos cambios objetivos en sus condiciones laborales. Los médicos podían continuar sus prácticas como antes de la revolución, con el mismo arreglo de pago de honorarios por servicio. De hecho, el gobierno ofrecía incentivos financieros a los médicos si trabajaban medio tiempo en los hospitales y clínicas públicos. Los médicos incluso recibían la opción de tener una oficina y usar las instalaciones técnicas en los hospitales públicos. Los médicos y otros ciudadanos que eran propietarios de casas y oficinas antes de la revolución mantuvieron sus derechos de propiedad.

Subjetivamente, sin embargo, muchos médicos privados percibieron enormes amenazas. Como una de sus primeras prioridades, el nuevo gobierno empezó a planear un sistema de salud público reorganizado que superara las inequidades anteriores vinculadas con la pobreza y el aislamiento geográfico. Los médicos podían participar en la formulación de las políticas públicas, pero otros grupos, incluidos los líderes de gobierno, las organizaciones sociales y los representantes de los trabajadores de la salud no profesionales, también tomarían parte en la planeación de la atención en salud. Como resultado, los médicos pudieron anticipar la pérdida gradual de su supremacía profesional y de su autonomía. Adicionalmente, la creación de un sistema de atención en salud nacionalmente organizado planteaba peligros financieros a largo plazo para los médicos privados. El gobierno propuso que las clínicas y hospitales proporcionaran servicios de alta calidad, públicamente financiados, que los pacientes recibirían, en general, de forma gratuita. La disponibilidad de la atención gratuita ofrecida por el sector público no atraería únicamente a los pobres y a la gente que anteriormente no tenía acceso a estos servicios, sino también a una parte de la clientela privada de los médicos.

Los médicos privados anticiparon cambios a largo plazo en sus condiciones de trabajo así como una pérdida más general de sus privilegios de clase. Aunque el nuevo gobierno permitía propiedades privadas limitadas, restringió la inversión en tierras y en corporaciones. El gobierno también buscaba una distribución más equitativa de bienes

y servicios. El monitoreo y el racionamiento llevaron a una mayor disponibilidad de productos para las personas que previamente habían enfrentado dificultades en la satisfacción de las necesidades vitales. Como los precios de los mercados, tanto legales como negros, fuera del sistema de racionamiento se inflaron rápidamente, algunos productos se volvieron más difíciles de obtener para quienes estaban acostumbrados a cierto nivel de lujos.

Reales o imaginarias, estas amenazas resultaron intolerables para un gran segmento de la profesión médica cubana. Para 1962, cerca de la mitad de los médicos cubanos habían emigrado, principalmente, hacia los Estados Unidos. En la única facultad de medicina del país, en La Habana, departamentos enteros simplemente dejaron de funcionar. Durante este periodo, médicos simpatizantes con la revolución llegaron desde otros países para brindar servicios directos y otro tipo de asistencia. Aunque esos partidarios ofrecieron ayuda provisional, el gobierno cubano enfrentó una significativa crisis en el sistema de atención en salud.

Las fuerzas del imperio profundizaron esta crisis aún más, pues la administración de Kennedy inició una serie de intervenciones; este proceso llevó a una crisis ulterior en el sistema de atención en salud. Una de las principales empresas fue la invasión a Bahía Cochinos en 1961; esta fallida maniobra militar preparó el escenario para el embargo económico que se ha mantenido firme incluso en los años de declive del presente del imperio. La economía prerrevolucionaria de Cuba dependía fuertemente de los Estados Unidos. En el sector médico, Estados Unidos era, en general, el único proveedor de equipos y medicamentos; como país subdesarrollado y dependiente, Cuba –como Chile– había pagado un alto precio por los productos médicos. En todo caso, Estados Unidos había sido una fuente regular de los equipos, las provisiones y los medicamentos requeridos. El embargo económico dio fin abruptamente a la posibilidad en Cuba de comprar estos bienes, y la escasez extrema creció rápidamente. Las partes de repuesto para los grandes equipos de radiología y laboratorio dejaron de estar disponibles. A largo plazo, Cuba enfrentó decisiones importantes acerca de la adquisición de tecnología extranjera, en contraposición a la creación de nuevas industrias para la manufactura de productos médicos. El impacto de la acción del imperio, de la mano con la posición de clase privilegiada de los profesionales, llevó

a una crisis mayor en el sistema de atención en salud, pues el personal abandonó el país y los suministros se volvieron difíciles de conseguir.

Aun así, en contraste con Chile, el hecho de que el gobierno cubano hubiera consolidado el poder estatal creó el potencial para un cambio básico en medicina y salud pública. Mientras que la incompleta revolución chilena autorizaba políticas que creaban reformas limitadas, la naturaleza de la revolución cubana fomentó mejoras más dramáticas que actuaron más allá del reformismo y hacia un sistema de atención en salud estructuralmente diferente. La súbita transformación de la sociedad cubana permitió una reconstrucción rápida de su sistema de atención en salud, y la consolidación del poder del Estado permitió una serie considerable de reformas y modificaciones estructurales. Los cambios fomentaron la creación de un sistema de atención en salud que, para varios observadores, resultó ser el más sensible y efectivo en toda Latinoamérica⁹³.

Las políticas de gobierno rectificaron la mala distribución geográfica. En intercambio por la educación gratuita, los egresados prestaban un servicio obligatorio de dos años de práctica en centros de salud y hospitales rurales. Programas similares facilitaron la redistribución de enfermeros y trabajadores relacionados con la salud. En una década, cada provincia de Cuba tenía un hospital regional principal y un sistema integrado de clínicas. Más de la mitad de las nuevas clínicas estaban ubicadas en áreas rurales que anteriormente carecían de instalaciones semejantes.

El gobierno también buscaba cambiar los anteriores patrones de estructura de clases y de racismo que limitaban el acceso a la atención en salud. Incluso cuando los médicos se encontraban en una zona cercana, los altos costos de la consulta privada impedían que las personas de bajos ingresos obtuvieran sus servicios. El racismo exacerbaba el problema de acceso, ya que el número de médicos y clientes blancos era desproporcionado con respecto a la cantidad de blancos en la población general. En la Cuba posrevolucionaria la atención en salud para las pacientes se volvió gratuita. El financiamiento público aseguraba que los servicios médicos, así como la mayoría de medicamentos y suministros, estuvieran disponibles para todos los pacientes sin importar su nivel de ingresos. Los pacientes recibían servicios preventivos, ambulatorios y hospitalarios sin costo. Los afrocubanos ingresaron en la profesión de la

medicina en proporción a la población, y el racismo no volvió a ser un obstáculo para que los pacientes buscaran y obtuvieran atención médica.

Mientras la consolidación del poder estatal permitía una planeación efectiva para sobrellevar la mala distribución e inaccesibilidad, las organizaciones sociales tomaron un papel activo en la medicina preventiva. Los CDR coordinaron campañas de inmunización en barrios y lugares de trabajo, y ayudaban a las personas a obtener atención temprana para los problemas médicos. La Federación de Mujeres Cubanas ayudó a controlar el cuidado prenatal y materno e infantil. En cuanto a la salud ocupacional, la asociación de pequeños agricultores y sindicatos monitoreaban la seguridad del lugar de trabajo, organizando campañas educativas para informar a los empleados acerca de los riesgos laborales. Cuando las metas de alta productividad nacionales interferían con las condiciones de seguridad laboral, los sindicatos intervenían para proteger a los trabajadores. La planeación central y el activismo, coordinados por las organizaciones sociales, fomentaban la prevención y el acceso a los servicios.

Después del primer éxodo de médicos, la contradicción público–privado dejó de agotar los recursos de manera importante. Los médicos que se habían dedicado a la práctica privada antes de 1959 pudieron continuar en el sector privado de tiempo completo o parcial. Los médicos recién egresados, a cambio de la educación gratuita, prometieron no dedicarse a la práctica privada, sino permanecer en el sector público. Como los servicios primarios y especializados estaban disponibles en clínicas y hospitales públicos, los pacientes veían pocas razones para consultar a los médicos privados, a menos que mantuvieran relaciones previas a la revolución. El sector privado se marchitó a medida que los médicos mayores morían o se retiraban. Para finales de la década de los sesenta, la formación de profesionales después de la revolución revirtió la escasez que había resultado del éxodo inicial de médicos. Especialmente en la atención primaria, la proporción de médicos respecto a la población creció incluso en las áreas rurales remotas, de modo que la disponibilidad de médicos practicantes alcanzó, e incluso superó, la de los países económicamente avanzados, como los Estados Unidos.

La lealtad de clase de los médicos también contribuyó al éxito de la medicina cubana. En contraste con Chile, donde los profesionales médicos consistentemente impidieron la transición al socialismo, los médicos

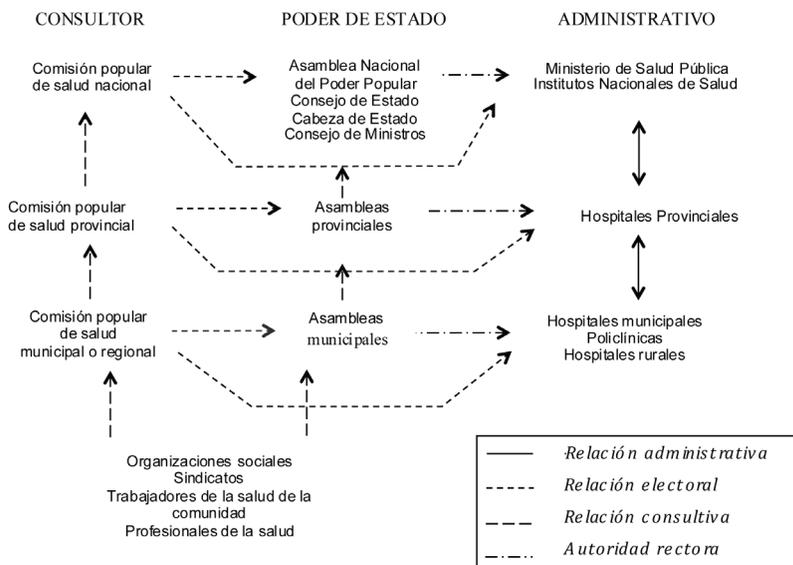
cubanos podían hacer poco para oponerse que no fuera abandonar el país. Después de la crisis del inicio de la década de los sesenta, el origen de clase de los nuevos médicos profesionales cubanos cambió rápidamente. Una gran proporción de los nuevos graduados provenía de familias de clase obrera o campesina; para ellos, la revolución permitió movilidad hacia un campo de trabajo satisfactorio y relativamente prestigioso.

Aunque podía esperarse que los médicos formados después de la revolución disfrutaran ciertos privilegios de una posición de clase más alta, incluso los observadores críticos del sistema de atención en salud cubano encontraron poca evidencia de tal privilegio de clase. Esta situación, sin embargo, no implicó que los médicos carecieran de poder; los médicos obtuvieron mayor acceso a automóviles de propiedad pública para viajes relacionados con el trabajo, y recibían de alguna manera mejores salarios que otros trabajadores del sector sanitario (la diferencia entre los ingresos más altos y más bajos en el sistema de atención en salud se mantuvo en menos del 20% que la que se presentaba en Estados Unidos), aun así, su vivienda y capacidad de adquirir bienes de consumo se mantuvo aproximadamente igual que la de otros trabajadores⁹⁴. El compromiso con el servicio público, la disposición para cooperar con las organizaciones sociales y la tolerancia ante condiciones laborales difíciles reflejaban los orígenes y lealtades de clase drásticamente diferentes de la profesión médica.

La supremacía profesional siguió siendo una fuente de tensión y ambigüedad, pero este problema sucedió en el marco de la administración coordinada y de la participación democrática en la toma de decisiones. El Ministerio de Salud Pública organizó el sistema de atención en salud de tal forma que la planeación y administración pudieron tener lugar en los niveles nacional, provincial, regional y local. La figura 3 (ver en la siguiente página) muestra la estructura del sistema y los mecanismos de participación popular. A nivel local, los consultorios de atención primaria, policlínicas, hospitales municipales y hospitales rurales proporcionaban servicios médicos directos. Las organizaciones sociales elegían representantes para las comisiones de salud populares locales, que ayudaban a implementar actividades tales como las campañas de inmunización, el control de enfermedades infecciosas, el cuidado materno e infantil y el monitoreo en salud ocupacional. Las comisiones locales también advertían al personal administrativo y clínico acerca de

las prioridades y las desventajas. Siguiendo la reorganización de 1974, los hospitales municipales y las policlínicas se volvieron directamente responsables ante las asambleas municipales electas. Las asambleas, que servían como estructuras formales de representación política, conocida como “Poder Popular”, tenían la autoridad para solicitar cambios en los programas y en el personal de los hospitales y policlínicas municipales cuando las necesidades locales lo ameritaban o cuando surgían insatisfacciones.

Figura 3. Estructura de Participación Popular en el Sistema de Atención en Salud Cubano



La estructura organizacional en Cuba permitía centralizar la planeación y la definición de prioridades; también fomentaba la implementación descentralizada y la flexibilidad. En cada nivel del sistema, los profesionales médicos llevaban a cabo tareas administrativas y clínicas. Para asegurar la capacidad de respuesta y la responsabilidad, sin embargo, las organizaciones sociales, las comisiones de salud y las asambleas, tomaron parte en las decisiones de política pública. El principio de centralismo democrático fomentaba la participación de pacientes, residentes de la comunidad y trabajadores profesionales y no profesionales. La participación democrática equilibraba la planeación y la coordinación centrales, reduciendo rigideces burocráticas.

La estructura del sistema de atención en salud cubano ayudó a controlar la proliferación de tecnología médica costosa, en contraste con la adopción acrítica del cuidado coronario y las tecnologías relacionadas en otros países menos desarrollados durante el pasado del imperio. En el nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública y los institutos de salud evaluaban la adopción de innovaciones técnicas, nuevos equipos y medicamentos. Un formulario nacional de medicamentos genéricos limitaba los medicamentos que los médicos podían prescribir. Como en otras industrias, la producción farmacéutica ocurría en una empresa nacionalizada y planeada centralmente que manufacturaba alrededor del 75% de los medicamentos y equipos médicos utilizados en todo el país. Más allá del recorte de gastos, la industria cubana farmacéutica y de equipos superó parcialmente los efectos devastadores del embargo económico de Estados Unidos, el cual había causado escasez de medicamentos y suministros.

Adicionalmente a las transformaciones estructurales, el Ministerio de Salud Pública dedicó atención a los matices de las relaciones médico-paciente. El movimiento de personal y la orientación hacia la medicina especializada llevaron a una insatisfacción generalizada entre los pacientes en las comunidades locales. Como parte de los programas en medicina comunitaria y familiar, los trabajos de investigación y educación enfatizaron en la calidad de la interacción profesional-paciente. Los equipos de atención primaria, compuestos por médicos, enfermeros y trabajadores relacionados con la salud, asumían la responsabilidad sobre un grupo de pacientes designado. La participación de psicólogos, trabajadores sanitarios, epidemiólogos y trabajadores sociales en estos grupos permitió una aproximación integral a cada paciente y familia. Debido a la priorización de la educación de un gran número de médicos y otros trabajadores de la salud, los grupos de atención primaria fueron capaces de proveer servicios en los barrios de las ciudades y en las áreas rurales de todo el país.

Los grupos de atención primaria no medicalizaban los problemas derivados de raíces sociales o psicológicas; por el contrario, los miembros del grupo facilitaban los cambios en las condiciones de vida o de trabajo que interferían con la salud y el bienestar de los pacientes⁹⁵. Las campañas educativas en los barrios y lugares de trabajo alentaban a los ciudadanos

a expresar su descontento y a sugerir mejoras bien fuera al grupo de atención primaria directamente o a través de las organizaciones sociales.

Cambios comparativos en el contexto del imperio

En Chile, los consejos de salud establecidos para incrementar la influencia del consumidor-trabajador eventualmente tomaron parte en la movilización de masas más amplia; esta movilización, sin embargo, rara vez recibió apoyo directo del gobierno de la UP; cuando la movilización se hacía alrededor de temas de salud reflejaba un movimiento espontáneo de los consumidores y los trabajadores. La falta de estímulo explícito hacia la acción política de masas era similar a la indecisión de la UP para promover la movilización en otras áreas de la sociedad chilena. Las críticas a la UP cuestionaron por qué el gobierno —que parecía estar bien informado acerca de la planeación de un golpe militar, varios meses antes— no armó a los trabajadores. A pesar de las explicaciones tácticas dadas en el momento, la decisión misma mostró ser consecuente con la posición moderada del gobierno frente a la movilización de masas respecto a la atención en salud y a otros sectores de la sociedad. En el contexto del imperio y frente a los continuos intentos orquestados por los Estados Unidos para derrocar el gobierno de la UP, la falta de apoyo fuerte a la movilización de masas ayuda a explicar por qué las fuerzas del pasado del imperio prevalecieron en Chile.

Pese a las intervenciones del imperio, como la invasión en Bahía Cochinos, el embargo económico y otros intentos por desestabilizar el gobierno revolucionario, Cuba transformó sus servicios médicos rudimentarios y colmados de crisis en un sistema razonable y accesible con logros sorprendentes. La rapidez y exhaustividad de los avances dependían del cambio social revolucionario que consolidó el poder estatal y que demandó un amplio apoyo popular. La movilización de masas en Cuba jugó un papel crucial en el éxito militar de la revolución, dirigiendo una variedad de logros, de los que el sistema de atención en salud transformado fue solo uno. Los grupos anteriormente clandestinos en los barrios y lugares de trabajo se convirtieron en los CDR. Los grupos locales llegaron a ser las principales organizaciones responsables de la seguridad interna, pero después tomaron un papel activo en las actividades de atención en salud. Adicionalmente a los CDR, la Federación de Mujeres Cubanas, la

asociación de pequeños agricultores, los sindicatos, las comisiones de salud y las asambleas de Poder Popular, en los niveles local, provincial y nacional, participaron en el diseño de políticas y en la implementación de los programas de salud.

La persistencia de la contradicción público–privada en Chile reflejaba una falla general para conseguir el poder del Estado. Durante el periodo de gobierno de la UP no tuvieron lugar trabajos serios por nacionalizar el sistema de atención en salud. Durante la cúspide del apoyo popular en 1971, el gobierno de la UP perdió la posibilidad de ganar control sobre varias de las instituciones clave –legislativas, judiciales y militares⁹⁶–. Muchos activistas creían que había llegado el momento de consolidar el poder del Estado y que un golpe exitoso sería mucho más probable si la UP no aprovechaba esa oportunidad. Sin embargo, Allende afirmaba que los intentos por controlar la milicia y otras instituciones importantes debían derivar de procedimientos electorales y administrativos estándar que permitirían una transición gradual hacia la consolidación del poder. Debido a la renuencia de Allende y de la UP hacia una actuación más fuerte, 1971 transcurrió con la mayoría de las instituciones al margen de las de la rama ejecutiva, controladas por grupos poderosos que se oponían al progreso hacia el socialismo y hacia un sistema de atención en salud unificado.

Como la revolución cubana dio como resultado una rápida consolidación del poder estatal, el nuevo gobierno se pudo mover rápidamente en la construcción de un enfoque integral para reestructurar la salud pública y los servicios médicos. Aunque los limitados servicios médicos que existían antes de la revolución declinaron temporalmente con el éxodo de los médicos cubanos, el Ministerio de Salud Pública fue capaz de construir instalaciones accesibles, de redistribuir el personal y de llevar a cabo campañas de salud en cooperación con las organizaciones sociales. El gobierno no suprimió directamente la práctica privada, pero, en cambio, reclutó profesionales médicos comprometidos con la práctica en el sector público. La disponibilidad de servicios públicos gratuitos y de alta calidad implicaba que el sector privado se marchitaría con el tiempo, como de hecho ocurrió. La contradicción público–privada no menoscabó los logros de la medicina cubana, y la solución de esta contradicción dependió en gran medida en el éxito al consolidar el poder del Estado.

Las experiencias chilena y cubana ilustran cómo, en el contexto de un imperio hostil frente al cambio progresivo, las reformas graduales en la atención en salud pueden ejercer efectos de corta duración sin cambios básicos en la sociedad. Una de las razones por las que las reformas significativas probaron ser difíciles sin el acompañamiento de un cambio social más amplio involucró el impacto de la estructura de clases. En el contexto prerrevolucionario, los profesionales de la salud –bien fuera por nacimiento o por movilidad laboral– eran miembros de la clase alta o media alta; como tales, mantenían los intereses de clase que frecuentemente impedían el progreso hacia una distribución de bienes y servicios más igualitaria. Los médicos, al igual que los banqueros y los gerentes, tenían ventajas económicas y estaban acostumbrados a estilos de vida que no estaban dispuestos a sacrificar en beneficio de los pobres. Además de los intereses económicos, los profesionales de la salud mantenían posiciones dominantes en las instituciones en las que trabajaban. A causa de su experticia técnica, los médicos usualmente creían que el predominio profesional sobre las políticas de salud estaba justificado; desde este punto de vista, las innovaciones que limitaban el control profesional sobre las condiciones de la práctica médica eran percibidas como amenazantes.

En Chile, la profesión médica trabajó en contra de los intentos del gobierno de la UP por traer equidad y democratización en el sistema de salud, mientras que la revolución cubana llevó a una transformación de la estructura de clases, incluida la posición de clase de la profesión médica. Cuando la mitad de los médicos profesionales abandonó el país, el gobierno de Cuba ordenó el reclutamiento activo de estudiantes de medicina; los jóvenes de las familias de clase obrera y campesina entraron en las facultades de medicina en números sin precedentes, y su educación gratuita fomentó un compromiso renovado con el servicio público; estos graduados estaban menos acostumbrados a los privilegios de una posición de clase alta que sus predecesores y estaban más dispuestos a cooperar en programas descentralizados y democráticamente controlados. El predominio profesional siguió siendo un problema en Cuba, pero la resistencia de la profesión no impidió la reorganización del sistema de atención en salud.

Las historias comparadas de Chile y Cuba revelan, en el contexto del pasado del imperio, la vulnerabilidad de las reformas graduales en el

sistema de atención en salud. Allende veía su presidencia como un periodo de transición en el que una serie de reformas culminaría en una reestructuración socialista de la sociedad; hasta cierto punto, su gobierno fomentó el establecimiento de consejos locales de salud, organizaciones de trabajadores y otras nuevas agrupaciones cuyo propósito final era una profunda transformación de las relaciones de poder en la sociedad chilena, sin embargo, con excepciones ocasionales, estas organizaciones no lograron una redistribución del poder. Aunque estos intentos de control popular contenían un potencial para lograr cambios sociales más fundamentales, se desintegraron de cara al ataque armado del golpe de Estado, apoyado por las fuerzas internacionales del imperio. En Cuba, las organizaciones sociales que inicialmente se formaron como parte del proceso revolucionario, llegaron a ser más adelante una base para la participación popular en las políticas de salud que se fortalecieron y profundizaron con el tiempo.

En particular, la experiencia chilena demostró que los grupos dominantes en una sociedad, especialmente cuando están aliados con partidarios internacionales del imperio, no entregan el poder pacíficamente; visto así, la transformación social, aparentemente, constituye una precondition para el control popular y la reforma duradera de los servicios de salud. En Chile, donde muchos percibieron un potencial para la transición pacífica hacia el socialismo y hacia un sistema de salud democratizado, la esperanza de Allende de que el control popular podía evolucionar por medios pacíficos demostró ser un sueño irrealizable.

* * *

La dictadura chilena también preparó el terreno para el establecimiento de nuevas políticas en el campo político y económico que, durante los últimos años del siglo XX, facilitaron la transformación de la medicina y la salud pública orientada al mercado no solo en Chile, sino también en muchos otros países alrededor del mundo; prosigo con este tema en la Parte 2 de este libro. Adicionalmente, como lo muestro en la Parte 3, estos temas se mantienen vivos durante el siglo XXI, mientras los países en América Latina y alrededor del mundo tratan de liberarse de las cargas del pasado y del presente del imperio.

Durante el comienzo de la década de los ochenta, parcialmente en reacción a las presiones ejercidas en contra del imperio en Cuba,

Chile, Nicaragua, El Salvador y otros lugares, los nuevos regímenes en Washington D. C. y en Londres empezaron a desarrollar e implementar políticas que facilitaban la transición entre el pasado del imperio y lo que llamo el presente del imperio. La presidencia de Ronald Reagan y el primer ministerio de Margaret Thatcher consolidaron un acercamiento sofisticado al imperio, involucrando políticas públicas en materia económica y en materia política que llegaron a conocerse como neoliberalismo y el Consenso de Washington.

Estas políticas públicas ejercieron efectos profundos en medicina y salud pública a nivel mundial. Operando a través de una emergente clase trasnacional dominante, las fuerzas del imperio empezaron a imponer un enfoque diferente a la dominación. Este enfoque incluye políticas y procesos tales como:

- *La privatización y el desmantelamiento del sector público*
- *La suscripción de tratados internacionales de comercio que restringen la soberanía de las naciones para proclamar medidas de protección en salud pública*
- *Políticas macroeconómicas que fomentan la “inversión en salud” como una ruta para aumentar ganancias*
- *Un papel extendido de las corporaciones multinacionales que manejan la atención en salud*
- *El predominio de las instituciones financieras internacionales en la determinación de las políticas en salud, y*
- *Un espacio ampliado para el militarismo como mecanismo para generar demandas de servicios médicos y de salud mental corporativizados.*

Una filosofía unificadora guiaba estas políticas y procesos: el neoliberalismo. Tales componentes del presente del imperio son el centro de la Parte 2.

Notas

¹ Entre los extensos trabajos acerca de la historia social del pasado del imperio, la explicación magistral de Wallerstein sobre cómo emergió el sistema mundo a partir del siglo XVI resulta especialmente útil: Immanuel Wallerstein, *The Modern World-System, vol. I: Capitalist Agriculture and the Origins of the European World-Economy in the Sixteenth Century* (New York/London: Academic Press, 1974); *The Capitalist World-Economy* (Cambridge: Cambridge University Press, 1979); *The Modern World-System, vol. II: Mercantilism and the Consolidation of the European World Economy, 1600-1750* (New York: Academic Press, 1980); *The Modern World-System, vol. III: The Second Great Expansion of the Capitalist World-Economy, 1730-1840's* (New York: Academic Press, 1989).

Andrew Carnegie, *The Gospel of Wealth & Other Timely Essays* (New York: Century Company, 1901).

² Carnegie, *The Gospel of Wealth*, p. 176.

³ E. Richard Brown, *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in the Progressive Era* (Berkeley: University of California Press, 1979); Anne-Emanuelle Birn, *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico* (Rochester, NY: Rochester University Press, 2006); Anne-Emanuelle Birn, Yogan Pillay, and Timothy H. Holtz, eds., *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World* (New York: Oxford University Press, 2009), chapter 2; Marcos Cueto, ed., *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America* (Bloomington: Indiana University Press, 1994).

⁴ Howard Waitzkin, "Report of the World Health Organization's Commission on Macroeconomics and Health—A Summary and Critique", *Lancet* 361 (2003): 523-526; Anne-Emanuelle Birn, "Gates's Grandest Challenge: Transcending Technology as Public Health Ideology", *Lancet* 366 (2005): 514-519.

⁵ Ellen R. Shaffer, Howard Waitzkin, Rebeca Jasso-Aguilar, and Joseph Brenner, "Global Trade and Public Health", *American Journal of Public Health* 95 (2005): 23-34.

⁶ James D. Wolfensohn (President, World Bank), Address to the World Parks Congress, Durban, South Africa, September 8, 2003, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20127038~menuPK:34472~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>, consultado en junio 18, 2010.

⁷ Shaffer et al., "Global Trade and Public Health".

⁸ Ilona Kickbusch, "The Development of International Health Policies—Accountability Intact?", *Social Science & Medicine* 51 (2000): 979-989; Shaffer et al., "Global Trade and Public Health".

⁹ Shaffer et al., 2005; Howard Waitzkin, Rebeca Jasso-Aguilar, Angela Landwehr, and Carolyn Mountain, "Global Trade, Public Health, and Health Services: Stakeholders' Constructions of the Key Issues", *Social Science & Medicine* 61 (2005): 893-906.

¹⁰ Marcos Cueto, *The Value of Health: A History of the Pan American Health Organization* (Rochester, NY: Rochester University Press, 2007), cap 1.

¹¹ *Ibid.*, cap 2.

¹² *Ibíd.*, cap 5; Elizabeth Fee and Theodore M. Brown, “100 Years of the Pan American Health Organization”, *American Journal of Public Health* 92 (2002):12–13.

¹³ Andy Haines, Richard Horton, y Zulfiqar Bhutta, “Primary Health Care Comes of Age. Looking Forward to the 30th Anniversary of Alma–Ata: Call for Papers”, *Lancet* 370 (2007): 911–913; Organización Mundial de la Salud, “Declaration of Alma–Ata: International Conference on Primary Health Care”, Alma–Ata, USSR, September 6–12, 1978, www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, consultado en junio 18, 2010; Marcos Cueto, “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care”, *American Journal of Public Health* 94 (2004): 1884–1893.

¹⁴ Entre los primeros trabajos que consideraron los orígenes sociales de la enfermedad, pero con una perspectiva de análisis diferente, se encuentran: George Rosen, “What Is Social Medicine?” *Bulletin of the History of Medicine* 21 (1947): 674–733; George Rosen, *A History of Public Health* (New York: MD Publications, 1958), especialmente pp. 192–293; René Sand, *The Advance to Social Medicine* (London: Staples Press, 1952), especialmente pp. 295–343, 507–589; Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 1944), pp. 6–64. Para un debate más extenso de esta historia, ver Howard Waitzkin, *At the Front Lines of Medicine: How the Health Care System Alienates Doctors and Mistreats Patients . . . And What We Can Do About It* (Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2001), pp. 41–75.

¹⁵ Debido a la variabilidad de los usos del término *economía política* puede resultar útil una breve definición. En este capítulo, economía política se refiere a las condiciones políticas bajo las cuales la producción económica es organizada. Esta definición se acoge al uso del término que se sigue en los estudios marxistas y neo-marxistas, así como sus antecedentes en los trabajos de Adam Smith y David Ricardo. En este sentido, los *sistemas político–económicos* se refieren a los diferentes marcos políticos para organizar la producción económica, tales como el capitalismo y el socialismo. Desde este punto de vista, la estructura de clases, particularmente la distinción entre aquellos que poseen o controlan los medios de producción (capitalistas) y aquellos que no (trabajadores), compone un enfoque clave de la economía política.

¹⁶ Friedrich Engels, *The Condition of the Working Class in England in 1844* (1845; Moscow: Progress Publishers, 1973).

¹⁷ Sobre la crítica simpatizante, véase: Steven Marcus, *Engels, Manchester, and the Working Class* (New York: Vintage, 1974).

¹⁸ Engels, *Condition*, p. 135.

¹⁹ *Ibíd.*, pp. 141–142. (Nota de traducción: la traducción de las citas se ha hecho a partir de las del autor en inglés, dado que existen varias traducciones al español del texto de Engels).

²⁰ *Ibíd.*, pp. 142–143.

²¹ *Ibíd.*, pp. 190–193.

²² *Ibíd.*, p. 200.

²³ *Ibíd.*, pp. 279–284.

²⁴ Erwin H. Ackerknecht, *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist* (Madison: University of Wisconsin Press, 1953), p. 52.

²⁵ Rudolf Virchow, *Disease, Life, and Man*, trans. L. J. Rather (Stanford, CA: Stanford

University Press, 1958), pp. 27–29. A menos que se anote lo contrario, yo realicé las traducciones del alemán y del español. (Nota de traducción: para la versión en español, los textos originales fueron citados literalmente, la traducción del alemán se hizo a partir de la versión en inglés del autor).

²⁶ Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, vol. 1, pp. 121–122; Ackerknecht, *Rudolf Virchow*, pp. 125–129.

²⁷ Rudolf Virchow, *Werk und Wirkung* (Berlin: Rütten & Loenig, 1957), p. 110.

²⁸ *Ibid.*, p. 55; Ackerknecht, *Rudolf Virchow*, pp. 131–138.

²⁹ Virchow, *Werk und Wirkung*, pp. 127, 108.

³⁰ *Ibid.*, p. 106.

³¹ *Ibid.*, p. 117; Virchow, *Disease, Life, and Man*, p. 106.

³² Salvador Allende, *La realidad médico-social chilena* (Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1939).

³³ *Ibid.*, pp. 6, 8.

³⁴ *Ibid.*, p. 86.

³⁵ *Ibid.*, p. 105.

³⁶ *Ibid.*, p. 119.

³⁷ *Ibid.*, pp. 189–190.

³⁸ *Ibid.*, p. 191.

³⁹ *Ibid.*, p. 198.

⁴⁰ Adam Smith, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (1776; London: Methuen, 1904), capítulo 9; David Ricardo, *On the Principles of Political Economy and Taxation* (1817; Harmondsworth, UK: Penguin, 1971), capítulo 6; Karl Marx, *Capital: A Critique of Political Economy* (1894; London: Electric Book Company, 1998), vol. 3, pp. 279–306 (“The Law of the Tendency of the Rate of Profit to Fall”); Fred Moseley, *The Falling Rate of Profit in the Post-War United States Economy* (New York: St. Martin’s Press, 1991).

⁴¹ United States Department of Health, Education, and Welfare, Heart Disease and Stroke Control Program, *Guidelines for Coronary Care Units*. DHEW Publication No.1824 (Washington, DC: Government Printing Office, 1968).

⁴² Metropolitan Life Insurance Company, “Geographical Distribution of Coronary Care Units in the United States”, *Statistical Bulletin* 58 (July–August, 1977): 7–9.

⁴³ Osler L. Peterson, “Myocardial Infarction: Unit Care or Home Care?” *Annals of Internal Medicine* 88 (1978): 259–261; Editorial, “Antidysrhythmic Treatment in Acute Myocardial Infarction”, *Lancet* 1 (1979): 193–194; Editorial, “Coronary-Care Units—Where Now?” *Lancet* 1 (1979): 649–650; Howard Waitzkin, “How Capitalism Cares for Our Coronaries: A Preliminary Exercise in Political Economy”, in *The Doctor–Patient Relationship in the Changing Health Scene*, ed. Eugene B. Gallagher (Washington, DC: Government Printing Office, DHEW Publication No. [NIH] 78–183, 1978); Samuel P. Martin, et al., “Inputs into Coronary Care During 30 Years: A Cost Effectiveness Study”, *Annals of Internal Medicine* 81 (1974): 289–293.

⁴⁴ Stefan Hofvendahl, “Influence of Treatment in a CCU on Prognosis in Acute Myocardial Infarction”, *Acta Medica Scandinavica* (Suppl.) 519 (1971): 1–78; Ingelise Christiansen, Kasper Iversen, and Arne P. Skouby, “Benefits Obtained by the Introduction

of a Coronary-Care Unit: A Comparative Study”, *Acta Medica Scandinavica* 189 (1971): 285–291; J. Donald Hill, Greg Holdstock, and John R. Hampton, “Comparison of Mortality of Patients with Heart Attacks Admitted to a Coronary Care Unit and an Ordinary Medical Ward,” *British Medical Journal* 2 (1977): 81–83; Karen Astvad, et al., “Mortality from Acute Myocardial Infarction Before and After Establishment of a Coronary Care Unit”, *British Medical Journal* 1 (1974): 567–569.

⁴⁵ H. Gordon Mather, Denise C. Morgan, Neil G. Pearson, et al., “Myocardial Infarction: A Comparison Between Home and Hospital Care for Patients”, *British Medical Journal* 1 (1976): 925–929; H. Gordon Mather, Neil G. Pearson, K. L. Q. Read, et al., “Acute Myocardial Infarction: Home and Hospital Treatment”, *British Medical Journal* 3 (1971): 334–338; J. Donald Hill, John R. Hampton, and John R. A. Mitchell, “A Randomised Trial of Home-versus-Hospital Management for Patients with Suspected Myocardial Infarction,” *Lancet* 1 (1978): 837–841; Aubrey Colling, Alex W. Dellipiani, Ralph J. Donaldson, “Teesside Coronary Survey: An Epidemiological Study of Acute Attacks of Myocardial Infarction”, *British Medical Journal* 2 (1976): 1169–1172; Alex W. Dellipiani, Aubrey Colling, and Ralph J. Donaldson, et al., “Teesside Coronary Survey—Fatality and Comparative Severity of Patients Treated at Home, in the Hospital Ward, and in the Coronary Care Unit After Myocardial Infarction”, *British Heart Journal* 39 (1977): 1172–1178.

⁴⁶ Ernest Mandel, *An Introduction to Marxist Economic Thought* (New York: Pathfinder, 1970), p. 52.

⁴⁷ Warner-Lambert, *Annual Report* (1967), p. 7.

⁴⁸ *Ibid.* (1968), p. 25.

⁴⁹ *Ibid.* (1969), pp. 18–19.

⁵⁰ *Ibid.* (1970), p. 19.

⁵¹ *Ibid.* (1975), p. 5.

⁵² *Ibid.* (1970), p. 16.

⁵³ *People & Taxes*, November 1978, p. 4.

⁵⁴ Hewlett-Packard Company, *Annual Report* (Palo Alto, CA, 1966), p. 11.

⁵⁵ *Ibid.* (1969), p. 11.

⁵⁶ *Ibid.* (1966), p. 4.

⁵⁷ *Ibid.* (1969), p. 15.

⁵⁸ *Ibid.* (1974), p. 2.

⁵⁹ *Ibid.* (1971), p. 5.

⁶⁰ Bernard Lown, et al., “The Coronary Care Unit: New Perspectives and Directions”, *JAMA* 199 (1967): 188–198.

⁶¹ Anne A. Scitovsky and Nelda McCall, *Changes in the Costs of Treatment of Selected Illnesses, 1951–1964–1971* (Washington, DC: Government Printing Office, DHEW Publication No. [HRA] 77–3161, 1977).

⁶² American Heart Association, *Annual Report* (New York, 1967), p. 11.

⁶³ *Ibid.* (1968), pp. 2, 13–14.

⁶⁴ John A. Hartford Foundation, *Annual Report* (New York, 1963), p. 58.

⁶⁵ W. R. Hewlett Foundation, *Annual Report to the Internal Revenue Service* (Palo Alto, CA, 1967, 1971).

⁶⁶ Hughes W. Day, “An Intensive Coronary Care Area”, *Diseases of the Chest* 44 (1963): 423–427.

⁶⁷ Bernard S. Bloom and Osler Peterson, “End Results, Cost, and Productivity of Coronary– Care Units”, *New England Journal of Medicine* 288 (1973): 72–78.

⁶⁸ James O’Connor, *The Fiscal Crisis of the State* (New York: St. Martin’s Press, 1973), pp. 64–72, 92–174.

⁶⁹ United States Department of Commerce, Domestic and International Business Administration, *Global Market Survey: Biomedical Equipment* (Washington, DC: Government Printing Office, 1973).

⁷⁰ Harry Braverman, *Labor and Monopoly Capital* (New York: Monthly Review Press, 1974), especialmente pp. 85–152.

⁷¹ Edwin F. Rosinski, “Impact of Technology and Evolving Health Care Systems on the Training of Allied Health Personnel”, *Military Medicine* 134 (1969): 390–393. (Nota de traducción: la expresión original de la cita es *cadre*, literalmente traducible como “cuadro”; en argot militar, se refiere a una “formación” estratégica de personal en forma de cuadrilátero).

⁷² Francis J. Moore, “Information Technologies and Health Care: The Need for New Technologies to Offset the Shortage of Physicians”, *Archives of Internal Medicine* 125 (1970): 351–355.

⁷³ Glen L. Foster, Gus G. Casten, and T. Joseph Reeves, “Nonmedical Personnel and Continuous ECG Monitoring”, *Archives of Internal Medicine* 124 (1969): 110–112; Paul J. Sanazaro, “Physician Support Personnel in the 1970s”, *JAMA* 214 (1970): 98–100; G. Otto Barnett and Anthony Robbins, “Information Technology and Manpower Productivity”, *JAMA* 209 (1969): 546–548.

⁷⁴ Un ensayo controlado aleatorio posterior de una UCC “intermedia”, incluyendo monitoreo y tratamiento menos intensivo que en una UCC estándar, no encontró ventajas en el abordaje intermedio, pero no reevaluó el abordaje estándar de las UCC: P. C. Reynell, “Intermediate Coronary Care: A Controlled Trial”, *British Heart Journal* 37 (1975): i66–i68. Para perspectivas más profundas de evaluación de estos estudios: Andrew D. Oxman, Mary Ann Thomson, David A. Davis, and R. Brian Haynes, “No Magic Bullets: A Systematic Review of 102 Trials of Interventions to Improve Professional Practice”, *Canadian Medical Association Journal* 153 (1995), 1423–1431; Kjell Benson and Artur J. Hartz, “A Comparison of Observational Studies and Randomized Controlled Trials”, *New England Journal of Medicine* 342 (2000): 1878–1886.

⁷⁵ William S. Harris, Manohar Gowda, Jerry W. Kolb, et al., “A Randomized, Controlled Trial of the Effects of Remote, Intercessory Prayer on Outcomes in Patients Admitted to the Coronary Care Unit”, *Archives of Internal Medicine* 159 (1999): 2273–2278; Randolf C. Byrd, “Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population”, *Southern Medical Journal* 81 (1988): 826–829. Para hallazgos contradictorios: Jennifer M. Aviles, Ellen Whelan, Debra A. Hernke, et al., “Intercessory Prayer and Cardiovascular Disease Progression in a Coronary Care Unit Population: A Randomized Controlled Trial”, *Mayo Clinic Proceedings* 76 (2001): 1192–1198.

⁷⁶ Eugene D. Robin, “Death by Pulmonary Artery Flow–Directed Catheter: Time for a Moratorium?” *Chest* 92 (1987): 727–731; James A. Dalen and Roger C. Bone, “Is It

Time to Pull the Pulmonary Artery Catheter?" *JAMA* 276 (1996): 916–918; Monica R. Shah, Vic Hasselblad, Lynne W. Stevenson, et al., "Impact of the Pulmonary Artery Catheter in Critically Ill Patients: Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials", *JAMA* 294 (2005): 1664–1670.

⁷⁷ Valentin Fuster, "Myocardial Infarction and Coronary Care Units", *Journal of the American College of Cardiology* 34 (1999): 1851–1853; Thomas Killip and John T. Kimball, "Treatment of Myocardial Infarction in a Coronary Care Unit: A Two-Year Experience with 250 Patients", *American Journal of Cardiology* 20 (1967): 457–464.

⁷⁸ Vicente Navarro, *An Analysis of Cost Expenditures in Latin America for the Period 1965–1970* (Baltimore: Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, unpublished manuscript, 1974).

⁷⁹ Salvador Allende, *English and Spanish Texts of His Political Platform, the Program of the Popular Front, and His Biography* (Washington, DC: Editorial Ardiilla, n.d.), pp. 2–6, 39.

⁸⁰ Fidel Castro, "On Chilean Fascism and Revolution," in *The Chilean Road to Socialism*, ed. Dale L. Johnson (Garden City, NY: Anchor, 1973), pp. 337–359; Dale L. Johnson, ed., *The Chilean Road to Socialism* (Garden City, NY: Anchor, 1973), pp. 35, 47–51, 120, 125–129; North American Congress on Latin America, "Secret Memos from ITT" (released by Jack Anderson), *NACLA Latin America and Empire Report*, April 1972; International Telephone and Telegraph, "Memorandum," dated September 17, 1970, cited in *New York Times*, March 24, 1972.

⁸¹ International Telephone and Telegraph, "Memorandum."

⁸² Richard M. Nixon, "Policy Statement: Economic Assistance and Investment Security in Developing Nations," press release, January 19, 1972; Frank Bonilla and Robert Girling, eds., *Structures of Dependency* (Stanford, CA: Stanford University Press, 1973).

⁸³ J. Valenzuela Feijoo, "Apóstoles y mercaderes de la salud", *Punto Final* (Santiago), Junio 19, 1973, pp. 2–11.

⁸⁴ North American Congress on Latin America, *New Chile* (Berkeley, CA: Waller Press, 1972), pp. 81–117, 150–167.

⁸⁵ Oscar Ozlak y Dante Caputo, "The Migration of Medical Personnel from Latin America to the United States: Toward an Alternative Interpretation," presentado en la Conferencia Panamericana "Health Manpower Planning", Ottawa, Canada, Septiembre 10–14, 1973; Rosemary Stevens y Joan Vermuelen, *Foreign Trained Physicians and American Medicine*, DHEW Publication No. [NIH] 73–325 (Washington, DC: Government Printing Office, 1973); Vicente Navarro, "The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Health Resources in Latin America," *Politics and Society* 4 (1974): 267–293.

⁸⁶ Regis Debray, *The Chilean Revolution—Conversations with Allende* (New York: Vintage, 1971), pp. 63–66, 84; North American Congress on Latin America, *New Chile*, pp. 16, 17, 21, 23, 52–58; Richard E. Feinberg, *The Triumph of Allende: Chile's Legal Revolution* (New York: Mentor, 1972), pp. 81, 187, 240; Paul B. Comely, Roberto Belmar, Leslie A. Falk, et al. "Report of the APHA Task Force of Chile," *American Journal of Public Health* 67 (1977): 31–36, 71–73.

⁸⁷ Eduardo Santa Cruz, "Ejemplo de lucha por el derecho a la salud," *Punto Final*

(Santiago), June 19, 1973, pp. 14–16; Andrew Zimbalist and Barbara Stallings, “Showdown in Chile,” *Monthly Review* 25 (October 1973): 1–24; Kyle Steenland, “Two Years of ‘Popular Unity’ in Chile: A Balance Sheet,” *New Left Review* 78 (March–April 1973): 1–25; Paul M. Sweezy, “Chile: The Question of Power,” *Monthly Review* 25 (December 1973): 1–11; anonymous contributors, “Worker Control: (1) Its Structure Under Allende; (2) At the Side of the Workers,” *Science for the People* 5 (Noviembre 1973): 25–32.

⁸⁸ John Barnes, “Slaughterhouse in Santiago,” *Newsweek*, October 8, 1973; Lawrence R. Birns, ed., *The End of Chilean Democracy* (New York: Seabury, 1974), pp. 29–74; R. Rojas Sanford, *The Murder of Allende* (New York: Harper & Row, 1976), pp. 190–220; International Commission of Jurists, Preliminary Report of the ICJ Mission to Chile (Geneva, 1974).

⁸⁹ Chicago Commission of Inquiry into the Status of Human Rights in Chile, “Terror in Chile. I. The Chicago Commission Report,” *New York Review of Books*, May 20, 1974, pp. 38–41; Rose Styron, “Terror in Chile. II. The Amnesty Report,” *New York Review of Books*, May 30, 1974, pp. 42–44; A. Argus, “Medicine and Politics in Chile,” *World Medicine*, April 10, 1974, pp. 15–24; Chilean Medical Doctors in Exile, “An Appeal,” Lima, Peru, March 8, 1974; A. Schester Cortes (military physician), “Policy to Be Followed with Members of the Popular Unity (UP),” Santiago, October 11, 1973. Respecto de los impactos sociales y económicos de largo plazo de la dictadura chilena, ver Howard Waitzkin, “Next in Line for NAFTA?: Images from Chile,” *Monthly Review* 46 (March 1995): 17–27.

⁹⁰ Margaret Gilpin and Helen Rodríguez-Trias, “Looking at Health in a Healthy Way,” *Cuba Review* 8 (March 1978): 3–15. Para un recuento detallado de la medicina prerrevolucionaria, ver Ross Danielson, *Cuban Medicine* (New Brunswick, NJ: Transaction Books, 1979), pp. 21–125; Vicente Navarro, “Health Services in Cuba,” *New England Journal of Medicine* 287 (1972): 954–959; Vicente Navarro, “Health, Health Services, and Health Planning in Cuba,” *International Journal of Health Services* 2 (1972): 397–432.

⁹¹ Respecto a las organizaciones sociales cubanas, ver Richard R. Fagen, *The Transformation of Political Culture in Cuba* (Stanford, CA: Stanford University Press, 1969), especialmente pp. 69–103; “New Forms of Democracy,” *Cuba Review* 6 (September 1976): 1–36; Linda Fuller, *Work and Democracy in Socialist Cuba* (Philadelphia: Temple University Press, 1992); Peter Roman, *People’s Power: Cuba’s Experience with Representative Government*, 2nd ed. (Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2003).

⁹² Por ejemplo, ver Organización Panamericana de la Salud *Health in the Americas*, vol. 2 (Washington, DC: The Organization, 2007), http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=191&limit=1&limitstart=3, consultado en noviembre 12 de 2010; Pol de Vos, “‘No One Left Abandoned’: Cuba’s National Health System Since the 1959 Revolution,” *International Journal of Health Services* 35 (2005): 189–207; Paul K. Drain and Michele Barry, “Fifty Years of U.S. Embargo: Cuba’s Health Outcomes and Lessons,” *Science* 328 (2010): 572–573. Para información en curso sobre el sistema de salud cubano y sus resultados, ver: *MEDICC*

Howard Waitzkin

Review: International Journal of Cuban Health and Medicine, www.medicc.org/mediccreview, consultado en Noviembre 12 de 2010.

⁹³ Para debates sobre el dominio profesional en Cuba, ver Sarah Conover, Sandy Donovan, and Ezra Susser, "Reflections on Health Care," *Cubatimes* 1 (Winter 1981): 20–25; Julie M. Feinsilver, *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad* (Berkeley: University of California Press, 1993); Christina Pérez, *Caring for Them from Birth to Death: The Practice of Community-Based Cuban Medicine* (Lanham, MD: Lexington, 2008).

⁹⁴ Más detalles sobre esta orientación hacia la medicalización de los problemas sociales en Cuba, aparecen en Howard Waitzkin, *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems* (New Haven, CT: Yale University Press, 1991), capítulo 11.

⁹⁵ Zimbalist and Stallings, "Showdown in Chile"; Sweezy, "Question of Power".

Parte 2
El presente del Imperio



Capítulo 5

Neoliberalismo y salud

Con Rebeca Jasso–Aguilar¹

El neoliberalismo es una teoría de las prácticas políticas y económicas que afectó profundamente las relaciones entre la salud y el presente del imperio –el periodo del imperio que se extiende aproximadamente desde 1980 hasta el 2010–. La teoría del neoliberalismo suponía que el intercambio de mercados maximizaba el bien social, y que el bienestar humano podría progresar mejor si se aumentaban las actividades empresariales individuales, en el marco de sólidos derechos de propiedad, libre mercado, y libre comercio². De acuerdo con el neoliberalismo, el crecimiento económico era beneficioso para todos, por lo menos en el largo plazo; uno de los principales supuestos de esta teoría era que el desarrollo económico, acompañado por el crecimiento regular de la economía, constituía una condición necesaria y suficiente para resolver el problema de la pobreza³.

Más allá de tales consideraciones económicas, el neoliberalismo también se convirtió en un proyecto social, político y cultural⁴. El neoliberalismo veía el papel del Estado como protector de las prácticas del mercado, pero se opuso a su papel en la planeación central y en la provisión de servicios públicos, incluyendo la medicina y la salud pública. Esta oposición se originó parcialmente en la creencia de que la planeación central y el suministro de servicios por parte del sector público amenazaban la capacidad de los empresarios, así como la de los ciudadanos corrientes, para lograr sus propósitos y para tratar los problemas sociales en el ejercicio de su libertad personal. Además del enfoque sobre la libertad de

los individuos, el neoliberalismo favoreció los principios del libre mercado de la economía neoclásica, tal como se elaboraron durante la segunda mitad del siglo XIX por figuras como Alfred Marshall, William Stanley Jevons y Leon Walras. Estos principios de libre mercado desplazaron a los de los economistas liberales clásicos quienes favorecían, relativa pero no completamente, un mercado no regulado, como Adam Smith y David Ricardo; de ahí el término “neoliberal”⁵.

Una diferencia crucial entre el liberalismo y el neoliberalismo radica en la preferencia de este último por la socialización del riesgo, incluyendo el riesgo en el que incurrían las corporaciones privadas que vendían productos, servicios y seguros de salud. La socialización del riesgo facilitaba la inversión en empresas inseguras al proteger las inversiones de los inversionistas⁶. Por ejemplo, en la crisis económica de los Estados Unidos que comenzó a finales del 2008, el estado neoliberal intervino para sacar de la crisis a los bancos privados cuando sus inversiones quebraron. Muchos otros términos también remiten al neoliberalismo: economía neoclásica, neoliberal o libertaria; capitalismo de mercado; y liberalismo de mercado⁷. Adicionalmente, el neoliberalismo se equipara con el Consenso de Washington, el reaganismo, la agenda de la nueva derecha, el crecimiento guiado por las corporaciones y la reestructuración global⁸.

El neoliberalismo y el desmantelamiento del sector público

Como David Harvey ha mostrado, el neoliberalismo emergió como un proyecto específico para restituir el poder de la clase capitalista. Las políticas económicas durante las décadas posteriores a la Gran Depresión habían afectado negativamente los intereses de la clase capitalista⁹. La Depresión no solamente impactó a los Estados Unidos, sino también a la economía global, esto ocasionó que los economistas de todas partes del mundo cuestionaran la ideología del libre mercado que había predominado hasta entonces. Este cuestionamiento condujo a la exploración de principios económicos alternativos basados en el trabajo de John Maynard Keynes, el cual asignaba un papel más influyente al Estado en el desarrollo económico, así como en el crecimiento y la expansión de las empresas capitalistas¹⁰. La economía keynesiana yace

en el corazón de las políticas del *New Deal* de los Estados Unidos: la industrialización basada en la “sustitución de importaciones” que reducía la dependencia de los países menos desarrollados a través del apoyo a las industrias locales, y el Estado de bienestar, que protegía a los ciudadanos interviniendo en la economía para prevenir las crisis financieras¹¹. La administración estatal de la economía se mantuvo como primordial hasta la década de los setenta.

En ese punto, sin embargo, los detractores percibieron un agotamiento de las políticas económicas keynesianas y sostuvieron que esa orientación no podría seguir beneficiando al capitalismo. Esta crítica trazó el camino hacia un cambio ideológico en la economía dominante. Los primeros líderes del neoliberalismo –Friederich von Hayek y Milton Friedman, entre otros– fundaron la sociedad *Mont Pelerin*, la cual produjo una organización internacional que apoyaba la orientación neoliberal en la economía¹². Las fundaciones y grupos de expertos (*think tanks*) que favorecían estas ideas, como la fundación *Heritage* en Washington y el Instituto de Asuntos Económicos en Londres, obtuvieron posiciones importantes con influencia en los modelos políticos y económicos. Los premios Nobel de economía entregados a Hayek en 1974 y a Friedman en 1976 señalaron un cambio en el clima intelectual y dieron mayor prestigio a la teoría neoliberal, que comenzó a expandir su influencia en diversos campos, incluyendo la medicina y la salud pública¹³. Durante las administraciones de Ronald Reagan y Margaret Thatcher, el trabajo de Hayek y Friedman recibió seria atención tanto en el mundo político, donde los gobiernos conservadores tomaron el poder en muchos países, como en la academia, donde la economía neoliberal ganó un prestigio sin paralelo como ciencia social dominante¹⁴.

No obstante, el agotamiento aparente de las políticas económicas keynesianas fue el resultado del desmantelamiento deliberado y sistemático del sector público o de prácticas deliberadas que transmitían la percepción de un sistema público agotado; tal desmantelamiento tuvo lugar muy claramente en la atención en salud y en los sistemas de salud pública¹⁵. Schuld, por ejemplo, documentó la subutilización intencional del presupuesto en el sistema de salud pública de El Salvador, que llevó a una escasez artificial de médicos y medicamentos. Laurell, Iriart y colaboradores, encontraron situaciones similares en los sistemas de atención en salud y de pensiones por retiro en México y Argentina. En

estos y otros casos, los recortes financieros y de suministros acompañaban al discurso que resaltaba la necesidad de **cambios hacia la eficiencia y modernización del sistema público**. Este discurso subrayaba las fallas del sector público y la superioridad del sector privado para gestionar reformas. Los recortes, acompañados por este discurso, ayudaron a cambiar la opinión pública en favor de la privatización, a lo que Iriart *et al.* se refieren como el “sentido común” de la reforma del sector público¹⁶. El desmantelamiento del sector público, como veremos, produjo graves consecuencias para la medicina y la salud pública a nivel mundial.

La clase capitalista transnacional y las corporaciones multinacionales

Durante la década de los setenta, la clase capitalista transnacional perfeccionó su habilidad para actuar concertadamente. Como lo mostró William Robinson, esta clase emergente abarcaba muchos países alrededor del mundo e incluía a los ejecutivos de las corporaciones transnacionales, burócratas globales, políticos, grupos de profesionales, ejecutivos mediáticos y directivos de las instituciones financieras¹⁷. La formación de clases globales, desde esta perspectiva, también incluía la emergencia de un proletariado global. Mientras que la clase capitalista transnacional desarrolló su propia conciencia de clase, el proletariado transnacional no lo hizo. En muchos países, la clase capitalista transnacional presionó por una legislación que favoreciera sus intereses como clase, más que como individuos en busca de apoyo para sus propios proyectos y propósitos¹⁸. Tal comportamiento ayuda a explicar la enorme expansión de las actividades de lobby, el fenómeno conocido como “puerta giratoria” (*revolving door*) –en el que los lobistas rotaban dentro y fuera de los cargos de gobierno– y la captura de agencias reguladoras por parte de grupos de intereses especiales. Este fenómeno no solo ocurrió en los Estados Unidos, sino también en muchos países dentro de la esfera de influencia de EE.UU.

Las corporaciones multinacionales se convirtieron en las mayores beneficiarias de la restauración del poder que disfrutó la clase capitalista transnacional. Los privilegios corporativos se remontan, por lo menos, a aquellos dados a los mercaderes de los siglos XV y XVI en Inglaterra. Un decreto corporativo otorgado por la corona limitaba la responsabilidad

del inversor sobre las pérdidas corporativas a la cantidad invertida, un privilegio que no era concedido a los individuos. Dicho decreto obligaba a las corporaciones a compartir las ganancias con la corona. Durante los siglos siguientes, los intereses de las corporaciones siguieron presionando a los gobiernos para expandir los derechos corporativos y disminuir sus obligaciones. Durante la colonización británica de Norte América, muchas leyes nuevas protegieron y extendieron los privilegios corporativos. En 1897, el presidente Rutherford Hayes declaró que el gobierno ya no era de, para y por el pueblo, sino “de, para y por las corporaciones”¹⁹.

A través de la “puerta giratoria”, las corporaciones ganaron poder a medida que los directivos elegidos y los miembros de importantes comités legislativos y agencias administradoras se movían entre cargos en el sector público y posiciones con pagos mucho más altos en las industrias reguladas privadas. De esta manera, los seguros multinacionales y las corporaciones farmacéuticas consiguieron posiciones poderosas en los espacios de toma de decisiones clave respecto a las políticas que afectaban la medicina y la salud pública. Cerca de la mitad de los lobistas contratados por las corporaciones farmacéuticas, las firmas de equipos médicos y las organizaciones administradoras de salud trabajaban previamente para el gobierno federal; algunos de ellos eran antiguos senadores y representantes en EE.UU.; por ejemplo, la legislación de la “reforma” *Medicare* de 2003 puso en marcha un éxodo desde la rama ejecutiva, en la medida en que los principales funcionarios del gobierno negociaban cargos para ellos mismos con las industrias afectadas, mientras que simultáneamente encabezaban las negociaciones para elaborar el proyecto de ley. Además, los lobistas prominentes de la industria de medicamentos y de las administradoras de salud, pasaron a los cargos del gobierno. Esta movilización en doble vía ayudó a asegurar la rentabilidad de las grandes corporaciones que operaban en el sector salud²⁰.

En la toma de decisiones políticas, los intereses de las corporaciones con sede en EE.UU. y el gobierno estadounidense se volvieron sustancialmente idénticos. El gobierno de EE.UU. frecuentemente actuaba como una suerte de representante de ventas, promocionando agresivamente los intereses de las corporaciones de EE.UU. dentro y fuera del país. Durante varios periodos del presente del imperio, el

gobierno de EE.UU. apoyó las iniciativas de las corporaciones en el extranjero, mientras las corporaciones acogían los esfuerzos diplomáticos y militares para proteger al imperio. Los ejecutivos de las corporaciones también se comprometieron con la “diplomacia corporativa”, ayudando a los gobiernos de otros países a esbozar una legislación para regular, por ejemplo, la inversión extranjera²¹. Como se describe en el próximo capítulo, la diplomacia corporativa alcanzó un nivel espectacular en 1994, con la implementación de la Organización Mundial del Comercio. Los acuerdos de comercio internacional clave que afectaban la medicina y la salud pública –por ejemplo aquellos relacionados con los derechos de propiedad intelectual y la seguridad alimentaria– acogían el aporte de los sectores industriales afectados, particularmente las corporaciones multinacionales dedicadas a los productos farmacéuticos y agrícolas²².

Las corporaciones globales promovían lealtad hacia las compañías más que hacia los países. Tales corporaciones no pertenecían a, ni tenían ciudadanía en Estados–nación específicos, aunque sus oficinas centrales existieran físicamente en ciertos países. En los países menos desarrollados, las corporaciones llamaron la atención de los administradores locales e hicieron que se interesaran en ascender la escalera corporativa con incentivos como carreras internacionales y puestos en el exterior. Esta estrategia incrementó la lealtad de los administradores hacia la corporación y disminuyó sus instintos nacionalistas, volviéndolos menos críticos y más tolerantes con la penetración económica extranjera. Pero, al contrario de lo que se cree comúnmente, las corporaciones no necesariamente promovieron el desarrollo en los países en los que se establecieron²³. En América Latina, los gobiernos intentaron involucrar a las corporaciones con los sectores más dinámicos de la economía, dejando las industrias inactivas al capital local²⁴. Esta tendencia resultó en el descuido del país anfitrión hacia la investigación y el desarrollo, llevando a desventajas eventuales en cuanto a tecnología, equipos médicos y medicamentos disponibles.

El Estado nación, la soberanía y la salud

El crecimiento del poder corporativo, la emergencia de una clase transnacional dominante y el ascenso del neoliberalismo dieron forma a las relaciones entre la globalización y el Estado nación, y estas

transiciones reestructuraron la medicina y la salud pública en todo el mundo. Durante lo que Robinson llamó la “tercera etapa del capitalismo” (que corresponde aproximadamente a lo que este libro llama “el pasado del imperio”) desde finales del siglo XIX hasta los años setenta del siglo XX, el Estado nación surgió como un sistema eficiente y necesario para organizar el capitalismo global²⁵. Sin embargo, la globalización sustituyó las circunstancias materiales que permitieron la emergencia del Estado nación. Como resultado, el Estado nación se transformó en un Estado transnacional. Más que una imposición externa, esta transformación ocurrió a través de la adaptación de los actores tanto en el exterior como en el interior de los países afectados.

Así, la globalización estableció las condiciones materiales para el surgimiento de una clase capitalista transnacional y de una clase trabajadora no restringida a las fronteras nacionales. La clase capitalista transnacional promovió políticas y tratados de comercio con respecto al medioambiente, la seguridad en el trabajo, la propiedad intelectual, los alimentos, el agua y los permisos profesionales. En ese tipo de esfuerzos, los miembros de esta clase actuaban para reducir la capacidad que tenían los gobiernos de llevar a cabo sus funciones tradicionales para proteger la salud pública y proveer servicios de salud.

Los aparatos institucionales de clase transnacional—la Comisión Trilateral, la coalición de naciones del G-7, la Unión Europea, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, las Naciones Unidas, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio— quisieron ejecutar las funciones llevadas a cabo previamente por el poder capitalista dominante, o “poder hegemónico”²⁶. Estos aparatos ejercieron autoridad política y económica transnacional para reproducir las relaciones de clase insertas en la acumulación global del capital, es decir, para reproducir la clase capitalista transnacional. El lugar de esta reproducción pasó de ser el Estado nación a ser el Estado transnacional, aumentando el poder de la clase dominante. Las nuevas relaciones globales entre el capital y el trabajo, por ejemplo, incluyeron la informalización de los procedimientos laborales, la flexibilización de los horarios y una reducción general en los salarios²⁷. Adicionalmente, la política de “ajuste estructural”, que las instituciones financieras internacionales implantaron como condición para los préstamos nuevos o renegotiados a los países menos desarrollados, requería la reducción y el

desmantelamiento de los servicios para los pobres anteriormente provistos por el sector público (capítulos posteriores examinan el ajuste estructural con mayor profundidad). Esta transición llevó al debilitamiento de la clase trabajadora como actor colectivo. Las organizaciones de la sociedad civil, compuestas en su mayoría por voluntarios, se volvieron los únicos actores capaces de plantear un reto significativo a las corporaciones y al neoliberalismo²⁸.

En la misma línea que Robinson, Hardt y Negri sugirieron la emergencia de un nuevo tipo de soberanía en el orden global, junto con los mercados globales y los circuitos globales sostenidos por los empresarios²⁹. Hardt y Negri se refirieron a este nuevo tipo de soberanía como un “Imperio” transformado. Desde este punto de vista, Imperio³⁰ difería de imperialismo (el cual describía a grandes rasgos lo que hemos llamado el pasado del imperio) en la forma en la que se ejercía la soberanía. La soberanía del Estado nación conformó la piedra angular del imperialismo histórico y fue fundamental en el colonialismo y la expansión económica. Bajo el nuevo Imperio, de acuerdo con Negri y Hardt, la soberanía del Estado nación decayó, junto con su capacidad de regular los intercambios económicos y culturales. Como resultado, incluso los Estados–nación más dominantes no podían seguir siendo autoridades supremas y soberanas, ni dentro ni fuera de sus propias fronteras.

Bajo el Imperio, con la pérdida de su soberanía, la capacidad del Estado nación para regular la salud pública y la vida pública en general, también decayó. Sin embargo, el descenso de la soberanía del Estado nación, no implicó un descenso general en la soberanía. Más bien, el cambio implicó que la soberanía tomara una nueva forma: una serie de instituciones nacionales y supranacionales ahora ejercían la soberanía, unidas bajo una sola lógica. Esta nueva forma de soberanía constituyó el Imperio, “una forma de gobierno sin gobierno”³¹. Las instituciones nacionales y supranacionales emergentes, que Hardt y Negri llamaron “organismos”, eran análogas al Estado transnacional de la formulación de Robinson.

Desde la perspectiva de Hardt y Negri, el Imperio sirvió como base para un nuevo orden mundial, que ejerció el poder independientemente de los Estados–nación, ejerció como autoridad reguladora y, cuando fue necesario, empleó la coerción por medio de instrumentos legales. Una característica clave del Imperio tenía que ver con su capacidad “de presentar la fuerza como si estuviera al servicio del derecho y la paz”³².

En esta nueva era, el poder operó a través de la “producción biopolítica” de la vida social. Aquí, los componentes de la vida económica, política y cultural se superpusieron. Los individuos llegaron a ser controlados no sólo a través de la consciencia y la ideología, sino “en el cuerpo y con el cuerpo”, a través de la fuerza ejercida supuestamente para aumentar las posibilidades de paz³³.

Las grandes corporaciones transnacionales constituyeron el tejido conectivo del mundo biopolítico. Las organizaciones supranacionales, como las Naciones Unidas, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los tratados de comercio internacional, no mantenían la legitimidad de la que habían disfrutado durante el orden mundial anterior, compuesto por Estados–nación soberanos. Por el contrario, su legitimidad dependía de nuevas funciones que podían realizar en el orden imperial. Una de esas funciones emergentes suponía la “formación y educación del personal administrativo de la máquina imperial”, que llegó a componer la clase capitalista transnacional dominante³⁴.

En la era del Imperio, la transformación de las leyes supranacionales sustituyó las leyes internas de los Estados–nación. Las leyes internas y las supranacionales operaban en un terreno de crisis internacionales recurrentes. Esta condición llevó a la emergencia del presunto derecho a intervenir, que se volvió una prerrogativa del Imperio³⁵. Justificados con el llamado a los valores esenciales de justicia, tales como resolver problemas humanitarios, garantizar acuerdos internacionales e imponer la paz, los sujetos dominantes en el orden mundial adquirieron el derecho a intervenir el territorio de los sujetos no–dominantes.

Bajo el Imperio, una variedad de organizaciones, actuando con base en imperativos morales, practicó una nueva forma de intervención moral. Estas organizaciones proliferaron fuera del gobierno formal como organizaciones no gubernamentales, las cuales intervenían a menudo en la salud pública y los servicios de salud. En parte porque los gobiernos no las manejaban directamente, tales organizaciones supuestamente actuaban con base en imperativos éticos y morales, identificando las necesidades universales y defendiendo los derechos humanos. No obstante, las organizaciones no gubernamentales se convirtieron en algunas de las “armas pacíficas más poderosas del nuevo orden mundial”³⁶.

Aunque el Imperio podía esgrimir enormes poderes de opresión y destrucción, también ofrecía nuevas posibilidades para las fuerzas de liberación³⁷. El Imperio cargaba las semillas de un contraimperio debido a varios factores: toda la humanidad se subordinó al capital de alguna manera; la brecha entre ricos y pobres y el número de personas en estos dos polos se volvieron más extremos, y las líneas de explotación geográfica y racial/étnica aumentaron; estas condiciones mantenían el Imperio, pero también indujeron retos que apuntaban hacia su cambio fundamental. Las luchas para contestar, para subvertir y para construir una nueva alternativa al Imperio empezaron a surgir. Entre muchos otros campos, tales luchas abarcaban la medicina y la salud pública. Aunque la Parte 3 de este libro explora las luchas por el cambio, especialmente en el campo de la salud, mientras sucede la transición entre el presente del imperio y el futuro del imperio, primero necesitamos entender en mayor detalle algunas características clave de la medicina y la salud pública bajo el presente del imperio. Ese es el objetivo de la Parte 2.

* * *

De ninguna otra forma el neoliberalismo manifestó un impacto tan profundo en la salud y los servicios de salud como a través de los tratados de comercio internacional. Tras su emergencia, después de 1980, estos tratados modificaron fundamentalmente la soberanía de los Estados-nación para proteger la salud del público y la integridad de los servicios médicos. Discutiblemente, durante los años recientes del presente del imperio, los tratados de comercio internacional se han vuelto la preocupación más importante a nivel mundial respecto a la salud pública. Promovidos con entusiasmo por la clase capitalista transnacional, dichos tratados se convirtieron en una característica central del capitalismo internacional. Estos tratados impactaron la medicina y la salud pública modificando la capacidad del gobierno de monitorear y proteger la salud de la población en áreas como el medioambiente, el lugar de trabajo, el alimento, el agua, el acceso a medicamentos y el control de los servicios de salud. El siguiente capítulo considera los tratados de comercio internacional y sus efectos en la salud y en los servicios de salud como componentes cruciales del presente del imperio.

Capítulo 6

Tratados de comercio internacional, medicina y salud pública

En los primeros años del siglo XXI, el comercio y los tratados de comercio internacional transformaron la capacidad de los gobiernos de monitorear y proteger la salud pública. Los tratados de comercio restringieron la capacidad de las agencias gubernamentales para regular las condiciones de salud laboral y ambiental y los productos alimentarios, así como para asegurar el acceso a los medicamentos y al agua. Tales tratados cubrían un amplio rango de servicios de salud, instalaciones de salud, licencias clínicas, y la distribución de tabaco y alcohol. De cierto modo, las organizaciones públicas para la salud empezaron a lidiar con amenazas a la salud global relacionadas con el comercio, incluyendo las enfermedades infecciosas emergentes y el bioterrorismo. Sin embargo, estas organizaciones no llamaron consistentemente la atención sobre los efectos potencialmente nocivos de los tratados de comercio sobre la salud pública y los servicios médicos³⁸. En parte como resultado, durante los últimos años de lo que he llamado el presente del imperio, los tratados de comercio dieron forma a las políticas que impactaron la salud alrededor del mundo.

Reglas de comercio

La Organización Mundial del Comercio (OMC), como describí en el Capítulo 1, surgió en 1994, a partir del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, por su sigla en inglés). De la mano con los tratados de comercio regionales iniciados por los Estados Unidos,

la OMC buscaba remover las barreras arancelarias y no arancelarias al comercio. La remoción de las barreras no arancelarias al comercio afectó la capacidad de los gobiernos nacionales, estatales y locales para proteger la salud pública y los servicios médicos.

Mientras que las *barreras arancelarias* al comercio incluían métodos financieros para proteger las industrias nacionales de la competencia por parte de las corporaciones extranjeras, incluyendo impuestos a las importaciones, las *barreras no arancelarias* se referían a las leyes y regulaciones no financieras que afectaban el comercio, particularmente aquellas que los gobiernos utilizaban para asegurar responsabilidad y calidad. En más de novecientas páginas de reglamento, la OMC estableció los criterios permisibles y no permisibles para las barreras no arancelarias, como las políticas internas que rigen la protección ambiental, la seguridad alimentaria y los servicios de salud. Las normas apuntaban hacia el incremento del volumen de comercio transfronterizo bajo el supuesto de que el incremento en el comercio aumentaría la riqueza y el bienestar. En tanto aspiraban a alcanzar el “libre” comercio a través de las fronteras, las reglas de los tratados de comercio limitaban la autoridad reguladora de los gobiernos sobre el comercio, a la vez que aumentaban la autoridad de las instituciones financieras internacionales y de las organizaciones de comercio³⁹.

Las reglas de la OMC (bajo las excepciones generales del GATT, artículo XX) permitían las “medidas necesarias para proteger la vida y la salud humana, animal o vegetal” nacionales y subnacionales, pero otras cláusulas hacían difícil sostener estas excepciones en la práctica; por ejemplo, a un país se le podía exigir que comprobara que sus leyes y regulaciones constituían alternativas que fueran menos restrictivas al comercio y que no fueran en realidad barreras al comercio disfrazadas⁴⁰. Esta reglamentación también restringía los subsidios públicos, particularmente aquellos designados para programas e instituciones de salud nacionales, como potenciales “distorsiones del comercio”. La exigencia de que tales subsidios se aplicaran por igual a las compañías nacionales o extranjeras que proporcionaban servicios bajo contratos públicos, reemplazó las políticas públicas que otorgaban subsidios a las compañías nacionales.

De particular relevancia para la salud pública, una de las cláusulas de la OMC exigía una “armonización” que buscaba reducir la variación

en los estándares de regulación de las naciones respecto a los bienes y servicios. Los defensores proponían que la armonización motivaría a algunos países menos desarrollados a establecer estándares laborales y ambientales donde antes no existían⁴¹. La armonización también podía conducir a la erosión de los estándares existentes, pues exigía estándares globales parejos en el nivel de menor restricción al comercio⁴². La OMC promovía que los gobiernos nacionales armonizaran los estándares respecto a temas tan diversos como la seguridad alimentaria, los pesticidas, la seguridad laboral, el derecho de la comunidad a conocer las leyes acerca de los peligros tóxicos, los derechos del consumidor respecto a los servicios esenciales, los estándares bancarios y de contabilidad, el etiquetado informativo de los productos y los estándares de evaluación farmacéutica.

Imposición del comercio y soberanía nacional

La OMC y los tratados regionales, como el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN, NAFTA por su sigla en inglés), sustituyeron las leyes y regulaciones internas de los países miembros, incluso las que regían la salud; bajo estos tratados, los gobiernos, en todos los niveles, se enfrentaron a la pérdida de soberanía en el diseño de las políticas en relación con salud pública y servicios de salud. Técnicamente, las naciones aplicaban voluntariamente para unirse a la OMC, sin embargo, los países menos desarrollados sintieron una amenaza potencial por parte de las desventajas en las relaciones comerciales si no ingresaban⁴³. Tradicionalmente, las agencias de gobierno, en los niveles federal, estatal, del condado y municipales, tenían la responsabilidad de proteger la salud pública asegurando suministros de agua potable, controlando amenazas ambientales y monitoreando las condiciones de salud ocupacional de las industrias; los tratados de comercio podían reducir o eliminar estas actividades gubernamentales, porque la OMC las trataba como barreras potenciales al comercio.

En casos de disputa, un tribunal designado de tres miembros de la OMC, en lugar del gobierno local o nacional, determinaba si las políticas cuestionadas se adaptaban a las reglas de la OMC. El tribunal incluía expertos en comercio, pero no necesariamente en la materia específica de los casos, como salud o seguridad, o en las leyes de los países

involucrados⁴⁴. Los documentos y las audiencias permanecían cerrados al público, a la prensa y a los funcionarios electos, estatales y locales. Debido a que la OMC trataba a los gobiernos federales como miembros únicos de la organización, solo los representantes de los países en disputa podían participar en las audiencias, además de los “expertos”, cuya participación era exigida por el tribunal.

Cuando el tribunal encontraba que las leyes o regulaciones internas no se adaptaban a las reglas de la OMC, el tribunal ordenaba que la negociación en cuestión procediera. Si un país no acataba el fallo, la OMC podía imponer penalidades financieras y podía autorizar al país “ganador” para que aplicara sanciones comerciales al país “perdedor” en cualquier sector en el que el ganador eligiera hasta que el otro país cumpliera. En las disputas decididas por los tribunales de la OMC o el TLCAN, las corporaciones e inversores hicieron que los gobiernos sufrieran consecuencias financieras y sanciones comerciales debido a sus esfuerzos por reivindicar las funciones de la salud pública tradicional (Tabla 2. Ver en la siguiente página). Los países perdedores, lidiando con las sanciones impuestas, usualmente sucumbían a las presiones para eliminar o cambiar las leyes en cuestión y no decretar leyes similares en el futuro.

Tratados de comercio y salud

Los tratados de comercio bajo la OMC aplicaban a los 148 países que pertenecían a la OMC. Los tratados que eran relevantes para la salud incluían el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), el Acuerdo sobre la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (SPS, por sus siglas en inglés) y el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC). Adicionalmente, proliferaron los acuerdos regionales y los acuerdos nación–nación (bilaterales), con cláusulas basadas en la OMC y en el TLCAN.

TLCAN

Iniciado en 1994, el TLCAN se enfocó en expandir las oportunidades para nuevas inversiones y para la adquisición de propiedades por las

Tabla 2
Ejemplos de acciones bajo los tratados de comercio internacional que afectan la salud pública

Bajo el capítulo 11 del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), la corporación Metalclad de los Estados Unidos demandó exitosamente al gobierno de México por daños, después de que el estado de San Luis Potosí prohibiera a Metalclad la reapertura de un vertedero de desechos tóxicos.

La Corporación Methanex de Canadá demandó al gobierno de EE.UU. en una disputa de protecciones ambientales contra un aditivo a la gasolina carcinogénico, metil tertbutil éter (MTBE, también llamado éter metil tertbutílico), prohibido por el estado de California.

Actuando en favor de las corporaciones farmacéuticas, el gobierno de EE.UU. invocó el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio (OMC) para trabajar en contra de los intentos de Sur África, Tailandia, Brasil e India para producir medicamentos antiretrovirales de bajo costo, efectivos contra el SIDA.

Canadá demandó la prohibición francesa sobre la importación de asbesto bajo el Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC) de la OMC. Aunque un tribunal de la OMC inicialmente aprobó la demanda de Canadá, un tribunal de apelaciones retractó la decisión a causa de la presión internacional.

A favor de las industrias de carnes y biotecnológicos, Estados Unidos demandó exitosamente la prohibición de la Unión Europea sobre la carne tratada con hormonas artificiales, bajo el Acuerdo sobre la aplicación de medidas sanitarias y fitosanitarias (SPS, por sus siglas en inglés).

El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) de la OMC apuntaba a la remoción de las restricciones a las corporaciones para involucrarse con los hospitales públicos, los sistemas de agua y los sistemas sanitarios. El AGCS podía afectar los requisitos estatales y nacionales para las licencias profesionales y podía generar disputas frente a los programas de salud nacionales que limitaban la participación de las organizaciones con ánimo de lucro.

corporaciones privadas de Estados Unidos, Canadá y México, y en la apertura de servicios para la competencia de estas. Desde su formación, las cláusulas del TLCAN incitaron numerosas controversias en la medida en que las industrias manufactureras con mayor participación de EE.UU. movieron rápidamente sus operaciones de producción hacia México, donde prevalecían estándares menos estrictos acerca de la sanidad y la salud ocupacional, y donde la mayoría de las compañías pagaban salarios menores. El desempleo y los recortes de beneficios para los trabajadores que permanecían empleados en los Estados Unidos dieron como resultado un número creciente de trabajadores y familias no asegurados⁴⁵. En general, el TLCAN no incrementó sustancialmente el número de trabajos disponibles⁴⁶.

En México, el impacto del TLCAN fue muy dramático. La pérdida de empleos en agricultura debido a las importaciones crecientes sobrepasó por mucho la creación de empleos para la manufactura de exportación. El desempleo creció más significativamente en las áreas rurales. Entre 1994 y 2003, el número de trabajadores que ingresaron al mercado laboral en México fue un total de 9.3 millones, mientras que sólo fueron creados 3 millones de empleos nuevos. Durante el mismo periodo, debido a la inflación de precios, los salarios reales perdieron aproximadamente el 20% de su poder adquisitivo⁴⁷. El TLCAN también causó un daño ambiental generalizado a medida que la agricultura pasó a estar conformada por granjas de gran escala, orientadas a la exportación, que dependían de agroquímicos contaminantes del agua y del uso ineficiente del agua para la irrigación. Los problemas de salud pública a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México se mantuvieron o empeoraron⁴⁸.

En una medida pionera respecto a las inversiones, el Capítulo 11 del TLCAN incluía un mecanismo único de “derechos del inversionista”, por medio del cual las corporaciones extranjeras particulares (a las que se refieren como “inversionistas”) podían demandar directamente cualquiera de los tres gobiernos nacionales participantes si la corporación encontraba una barrera al comercio que afectara adversamente sus operaciones. Antes del TLCAN, los tratados de comercio solo permitían exigir el cumplimiento de las leyes entre países por parte de los gobiernos. La cláusula de los derechos del inversionista del TLCAN permitía a las compañías demandar por la pérdida actual o futura de ganancias, incluso

si la pérdida era causada porque la agencia del gobierno prohibiera utilizar una sustancia tóxica⁴⁹.

Varios casos relevantes presentados conforme al Capítulo 11 trataban con leyes o regulaciones de sanidad. Por ejemplo, un tribunal del TLCAN indemnizó a la compañía, con sede en EEUU, *Metalclad* con \$16,7 millones por su demanda contra México. El estado mexicano de San Luis Potosí denegó el permiso para que *Metalclad* reabriera una planta de eliminación de residuos tóxicos después de que una auditoría geológica demostró que la planta contaminaría el suministro local de agua, avivando la oposición de la comunidad frente a la reapertura. *Metalclad* aseguró que esta decisión local constituía una expropiación de sus ganancias futuras potenciales y demandó a México con éxito⁵⁰.

Adicionalmente, la corporación *Methanex* de Canadá dio inicio a una demanda de aproximadamente \$1000 millones en contra de los Estados Unidos después de que el estado de California prohibiera el uso de éter metil tertbutílico (MTBE), un aditivo para la gasolina, porque estaba demostrada su tendencia a ser una causa de cáncer. *Methanex* producía metanol, un componente del MTBE. Aunque un tribunal de comercio del TLCAN finalmente falló en contra de *Methanex* por la presión intensa de grupos ambientales y de salud pública, el MTBE siguió siendo utilizado en California durante más de cuatro años hasta la decisión final. Este caso ejerció un efecto desalentador en las protecciones ambientales, pues muchos otros estados pospusieron las prohibiciones que tenían programadas sobre el MTBE debido a la amenaza que impuso el caso *Methanex*⁵¹. Medidas similares sobre los derechos de los inversionistas se dieron en otros tratados regionales y bilaterales.

Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA)

Este tratado de comercio regional propuso extender el TLCAN a las otras treinta y una naciones en el hemisferio occidental a excepción de Cuba. Las negociaciones incluyeron esfuerzos para introducir una nueva cláusula de derechos del inversionista, similar a la del TLCAN, así como características del AGCS y de otros tratados de la OMC. La propuesta del ALCA promovía la participación de corporaciones multinacionales en la administración de programas e instituciones previamente administradas por el sector público, tales como hospitales y centros de salud comunitaria. Las compañías de seguros con sede en EE.UU. manifestaron su interés

en la prestación de servicios brindados por los sistemas de seguridad social del sector público a lo largo de América Latina, como indicaron en su testimonio en el ALCA: “la tenencia pública de la atención en salud ha hecho difícil para los proveedores de atención en salud del sector privado de EE. UU., comercializar en países extranjeros [...]. Las regulaciones existentes [...] presentan serias barreras [...] incluyendo las licencias restringidas para los profesionales de la atención en salud, y las regulaciones excesivas de privacidad y confidencialidad”⁵².

Los proponentes de la privatización enfatizaron en las ineficiencias y la corrupción en los programas del sector público de algunos países. En muchos países, sin embargo, la privatización y la participación de corporaciones multinacionales en los servicios públicos habían alcanzado efectos problemáticos. Tales cambios ocasionaron en América Latina barreras al acceso debido a los copagos, a la negativa de los médicos privados a ver pacientes por falta de pago y a la confusión burocrática en la asignación de proveedores privados. Como discuto en el Capítulo 8, el gasto del sector público pagó cada vez mayores costos administrativos y ganancias para los inversionistas, a medida que los servicios clínicos disminuían para los pobres en los hospitales públicos y centros de salud⁵³. Tendencias similares se vieron en África y Asia⁵⁴.

Los capítulos de la propuesta del ALCA que se relacionaban directamente con la salud pública cubrían el comercio de servicios, incluidos la atención en salud, el agua, la educación y la energía; la propiedad intelectual, que abordaba el acceso a medicamentos costeables; los estándares para la seguridad de plantas y alimentos; y las reglas acerca de la asignación de subsidios gubernamentales y la adquisición de bienes y servicios. La propuesta del ALCA impuso, adicionalmente, la amenaza de una demanda comercial contra las decisiones de los países de mantener o expandir los servicios públicos, así como costosas sanciones comerciales si los servicios privatizados eran devueltos al sector público. Además, las reglas del ALCA que tenían que ver con la salud pública aparecían en los capítulos sobre inversiones financieras, los cuales contenían el lenguaje esbozado en el Capítulo 11 del TLCAN, y los términos del comercio en productos, lo cual apuntaba hacia la expansión del comercio al restringir la regulación de los gobiernos frente a la seguridad del producto.

La propuesta del ALCA funcionaba completamente en forma “de arriba a abajo”; todos los servicios eran cubiertos por las normas del ALCA, a

menos de que un país tomara una acción afirmativa para excluir servicios específicos. Esta y otras características generaron una oposición intensa en todas las Américas. Con el tiempo, Venezuela, Bolivia, Brasil y Argentina –todos ellos opositores del ALCA en varias formas– se unieron con otros países en América Latina para bloquear nuevas negociaciones sobre el ALCA. Como resultado el ALCA mismo no se hizo efectivo. Los principios del ALCA, sin embargo, fueron decretados a través de varios tratados regionales (tales como el Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana, Centroamérica y Estados Unidos de América, DR–CAFTA por su sigla en inglés) y tratados bilaterales (tales como los Tratados de Libre Comercio EE.UU.–Chile, y EE.UU.–Perú). Al reconocer que no podría lograr el ALCA a lo largo de las Américas, los Estados Unidos presionaron a los países en regiones que eran relativamente débiles políticamente, como en Centroamérica, o que se veían a sí mismos como vinculados estrechamente con las políticas de EE.UU., como Chile y Perú. Como resultado, los Estados Unidos esperaron consolidar tratados de comercio en las Américas a través del mecanismo de los tratados regionales y bilaterales, más que un ALCA globalizante que hubiera cubierto casi todo el hemisferio occidental.

Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)

Reconociendo la grande y creciente proporción de actividades económicas en todo el mundo dedicadas a servicios en lugar de a mercancías, este tratado de la OMC fomentaba la inversión privada y la desregulación de un amplio espectro de servicios, incluyendo muchos servicios en medicina y salud pública. Anteriormente el sector público proveía una porción sustancial de estos servicios como parte de una “red de seguridad” que asistía a las personas necesitadas. La desregulación y la privatización de tales servicios provocaron serias amenazas a la viabilidad y continuidad de la red pública de seguridad. El AGCS trataba los servicios humanos tales como la atención en salud, el agua y la sanidad, la energía y la educación, más o menos igualmente, como sometidos a las reglas del comercio.

La mayoría de las reglas del AGCS eran reglas de “arriba a abajo”. Es decir, estas ya aplicaban a los servicios en los países miembros de la OMC y no dependían de decisiones de ratificación adicionales por parte de los cuerpos legislativos de los países. Por ejemplo, la norma

de Regulación Interna exigía que las regulaciones gubernamentales respecto a los servicios, incluidos los servicios de salud, fueran “no más onerosas que lo necesario para asegurar la calidad del servicio”, y que los procedimientos de certificación para los proveedores de los servicios, los estándares técnicos y los requisitos para las licencias no se volvieran barreras para el comercio internacional en servicios⁵⁵. Cuando minimizar las barreras al comercio entraba en conflicto con los estándares de salud, los tribunales de la OMC usualmente daban prioridad a lo primero⁵⁶. Las normas del AGCS que restringían los subsidios públicos para los servicios de la red de seguridad y la obtención gubernamental de servicios para los programas públicos, descritos más abajo, también aplicaban a todos los servicios.

Debido a que muchos países se opusieron a la expansión de las normas de la OMC al sector servicios, el AGCS operó en cierta medida de forma escalonada, de forma que los gobiernos podían hacer elecciones secuenciales sobre las porciones no exigidas de las propuestas del AGCS. A través del así llamado proceso desde abajo (*bottom-up*), las naciones negociaban entre ellas para “comprometer” (o agregar a la lista de) los servicios cubiertos por las normas del comercio. Una norma, la de “acceso a los mercados”, prohibía a los gobiernos restringir el número o tipos de servicio brindados. Por ejemplo, esta norma podía socavar las leyes locales que limitaban el número de licoreras en una cuadra. Una segunda norma, la de “tratamiento nacional”, exigía que el país tratara a las compañías extranjeras del mismo modo que a las compañías nacionales⁵⁷. Los programas diseñados para alcanzar metas sociales, tales como las medidas para asegurar la responsabilidad de las regulaciones nacionales respecto a la privacidad limitando los servicios de transcripción médica a las compañías nacionales, violaba esta norma al “discriminar” a las corporaciones extranjeras.

El AGCS especificaba cuatro formas de servicios a las que un país se podía comprometer⁵⁸: 1) prestación de servicios con sede en un país a consumidores con sede en otro país; 2) prestación de servicios a consumidores extranjeros en el país del proveedor; 3) inversión en los servicios de otro país, y 4) migración temporal de trabajadores. Cuando se comprometía con un rango específico de servicios, el país tenía que incluir todos los servicios de ese tipo bajo las reglas del AGCS, y las reglas hacían que la posterior reversión de los compromisos fuera

extremadamente difícil. Tales medidas podían restringir la capacidad de las naciones o Estados para limitar las inversiones extranjeras en sus sistemas de atención en salud, afectando igualmente la probabilidad de perder o atraer médicos capacitados.

En las decisiones del AGCS acerca del compromiso con los servicios no existía un proceso formal para el debate público. Los países hacían peticiones confidenciales respecto a los servicios con los que querían que los otros países se comprometieran, y los demandados podían estar de acuerdo o no. Con respecto a la salud pública, por ejemplo, la Unión Europea solicitó que Estados Unidos retirara la restricción sobre la participación de las corporaciones privadas en los sistemas sanitario y de agua, así como en la distribución al por menor de productos de alcohol⁵⁹. Mientras la Unión Europea anunciaba que no seguiría comprometiendo ninguno de sus propios servicios humanos, Estados Unidos buscaba la eliminación de barreras al comercio que aplicaban a los servicios de salud, a la producción y distribución de energía, a la educación superior, y a los servicios ambientales⁶⁰. Tales negociaciones fueron constantes, con poco conocimiento público, entre 2000 y 2010.

Varios países presentaron solicitudes con base en el AGCS con implicaciones importantes para los servicios de salud de EE.UU.; por ejemplo, India solicitó que Estados Unidos reconociera las licencias extranjeras y otros títulos certificados de los profesionales médicos, enfermeros y odontólogos que trabajaban en los Estados Unidos. México y Paraguay solicitaron que Estados Unidos diera fin a las limitaciones a la inversión extranjera directa en hospitales e instalaciones de salud y eliminara las “restricciones de reembolso federal y estatal a las instalaciones certificadas autorizadas en los Estados Unidos o en un estado de EE.UU.”, permitiendo por lo tanto la entrada de las corporaciones con sede fuera de Estados Unidos en esos mercados⁶¹.

Aunque el lenguaje técnico del AGCS generó controversia acerca de sus impactos eventuales, el acuerdo afectó los programas de salud del sector público de varias maneras. El AGCS facilitó una mayor participación por parte de las corporaciones privadas en las instituciones públicas de atención en salud. Por ejemplo, Estados Unidos incluyó los hospitales y los seguros de salud (en el AGCS los últimos entran como servicios financieros más que como servicios de salud) entre sus compromisos. Bajo las normas del AGCS acerca de la contratación y de

los subsidios públicos, los subsidios a las instituciones para la atención a los marginados, la educación profesional médica, o la investigación, podían ser discontinuadas si eran cuestionadas por otros países, o podían ser direccionadas hacia las corporaciones privadas extranjeras que ofrecían servicios competitivos. Los gobiernos municipales y locales que rechazaban las prohibiciones o intentaban discontinuar los contratos con compañías extranjeras podían volverse propensos a ser demandados. Aunque los proponentes del AGCS hicieron énfasis en que los compromisos de los países permanecían voluntarios, las normas de la OMC permitían una variedad de demandas a los países con programas de salud nacionales, de forma que las corporaciones privadas con ánimo de lucro pudieran recibir fondos públicos para sus actividades⁶².

*Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual
relacionados con el Comercio
(Acuerdo sobre los ADPIC)*

El acuerdo sobre los ADPIC protegía patentes, derechos de autor, marcas registradas y diseños industriales a través de las fronteras nacionales; basado en parte sobre el argumento de que tales protecciones aumentaban los incentivos económicos para la creatividad y la invención, este acuerdo cubría medicamentos y equipos patentados, libros de texto y revistas, e innovaciones de ingeniería y arquitectónicas para las instituciones de salud, así como tecnologías computacionales⁶³. Las reglas de los ADPIC ordenaban que todos los países de la OMC implementaran protecciones a la propiedad intelectual que estipularan un monopolio de veinte años sobre los elementos patentables. La entrada a la OMC exigió a Estados Unidos extender las patentes de periodos de diecisiete años al estándar de veinte años de la OMC.

Los ADPIC limitaban la capacidad de los gobiernos de suministrar medicamentos genéricos bajo programas de financiación pública. Por ejemplo, los programas de salud federales y estatales como Medicare y Medicaid pagaron precios sustancialmente mayores por los medicamentos debido a esta extensión de patentes. En general, los ADPIC impactaron negativamente los esfuerzos de contención de costos en atención en salud de EE.UU., al extender el periodo de tiempo durante el cual los compradores pagaban mayores precios por los medicamentos cubiertos por patentes⁶⁴.

Este acuerdo afectó especialmente el acceso a medicamentos para condiciones de riesgo vital en los países de bajos ingresos. Las reglas de los ADPIC exigían a la mayoría de los países menos desarrollados cambiar sus normas para 2001, mientras que los “países con el mínimo desarrollo” debían hacerlo para 2016. Una herramienta de la política pública para tratar el acceso a medicamentos en los países de bajos ingresos tolerable bajo las reglas del ADPIC implicaba el “licenciamiento obligatorio”. Bajo esta cláusula, un país podía exigir que una compañía farmacéutica recibiera licencia gubernamental para comercializar un medicamento necesario bajo patente con un menor precio que el que la compañía podía cobrar en condiciones comerciales normales. El gobierno de EE.UU. apoyaba los esfuerzos de los ADPIC para prevenir que los gobiernos de Sudáfrica, Tailandia, Brasil e India iniciaran licencias obligatorias para la producción de alternativas genéricas de los medicamentos para el SIDA bajo patente⁶⁵.

Debido a las preocupaciones entre los profesionales, legisladores y defensores, las negociaciones de la ronda de Doha en 2001 propusieron flexibilizar algunas de las normas más estrictas de los ADPIC sobre protección de patentes para medicamentos útiles en el tratamiento del SIDA. En parte amenazando con imponer la licencia obligatoria, el gobierno de Brasil consiguió menores precios por parte de las compañías farmacéuticas; este cambio facilitó mejoras en los resultados de morbilidad y mortalidad por SIDA en el país⁶⁶. En el 2003, la industria farmacéutica de EE. UU. abandonó su insistencia acerca de que las normas flexibles aplicaran solo para los medicamentos contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria⁶⁷. El acuerdo resultante dio a la OMC el control sobre un proceso complejo para aprobar la disminución de precios de medicamentos bajo circunstancias limitadas y dejó sin resolver el tema del acceso a medicamentos en los países menos desarrollados⁶⁸.

Perspectiva general de los Tratados de Comercio Internacional y la Salud

La tabla 3 muestra el gran campo en el que los tratados de comercio impactaron la salud pública y los servicios de salud. La tabla incluye los tratados mencionados y otros, como los concernientes a la seguridad alimentaria y a la salud ambiental.

Tabla 3
Resumen de los tratados de comercio internacional clave concernientes a la salud pública

Tratado, organización o ley	Enfoque	Ratificación o estado de la negociación	Ejemplos de casos relevantes para la salud pública
Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, por su sigla en inglés)	Parte de los acuerdos de Bretton Woods al final de la Segunda Guerra Mundial; redujo los aranceles como barreras financieras al comercio.	Aplica a las 148 naciones que ahora participan en la OMC.	Venezuela ganó a EE. UU. una demanda <i>Clean Air Act</i> de 1990, debilitando las regulaciones sobre los contaminantes de la gasolina que contribuyen a la polución.
Organización Mundial del Comercio (OMC)	Surgió en 1994 de la ronda de negociaciones del GATT en Uruguay. Creó una organización con personal estable. Apuntaba a remover las barreras arancelarias y no arancelarias al comercio.	Incluyó a todas las naciones miembro de la OMC.	Ver abajo en los acuerdos de comercio separados.
<i>Trade Promotion Authority</i> (“ <i>Fast Track</i> ”)	El Congreso de Estados Unidos. delegó la autoridad para la negociación de tratados de comercio al presidente; sólo permitía aprobación o desaprobación sin correcciones hechas por el Congreso.	La legislación acelerada (<i>Fast Track</i>) se aprobaba periódicamente.	El gobierno de Estados Unidos. utilizó el <i>Fast Track</i> para negociar el TLCAN.

Tratado, organización o ley	Enfoque	Ratificación o estado de la negociación	Ejemplos de casos relevantes para la salud pública
Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)*	Eliminó la mayoría de las restricciones al comercio entre Estados Unidos, Canadá y México.	Implementado en 1994.	Bajo el Capítulo 11, la corporación Metalcidad de Estados Unidos, demandó exitosamente a México por las restricciones sobre desechos tóxicos. La corporación Methanex de Canadá demandó a los Estados Unidos por la prohibición de California sobre un aditivo para la gasolina que es causante de cáncer.
Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA)*	Habría extendido el TLCAN a todos los países del hemisferio occidental excepto Cuba.	Impedido por varios países en América Latina.	Este tratado hubiera abierto los servicios e instituciones de atención en salud del sector público a la participación corporativa. Esta disposición se mantuvo como parte de los tratados regionales y binacionales negociados con los Estados Unidos.
Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS)**	Intentó abrir los servicios públicos de salud, programas nacionales de salud, hospitales y clínicas públicos, licencias profesionales, suministro de agua y servicios sanitarios a la participación de las corporaciones privadas.	Aplicado a las naciones miembro de la OMC; los compromisos de los países variaban dependiendo de las negociaciones.	Las peticiones de los países tenían por objetivo los requisitos de las licencias profesionales y las restricciones a la participación corporativa en los sistemas de agua potable y de aguas residuales.

Tratado, organización o ley	Enfoque	Ratificación o estado de la negociación	Ejemplos de casos relevantes para la salud pública
<p>Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC)**</p>	<p>Protegió patentes, derechos de autor, marcas registradas y diseños industriales más allá de las fronteras nacionales; limitó la capacidad de los gobiernos para introducir programas de medicamentos y de restringir la disponibilidad y reembolso de medicamentos bajo programas financiados públicamente.</p>	<p>Aplicado a las naciones miembro de la OMC; las normas que conciernen a los medicamentos para enfermedades como el SIDA permanecen en negociación.</p>	<p>A favor de las corporaciones farmacéuticas, Estados Unidos demandó los intentos de Sur África, Tailandia, Brasil e India para producir medicamentos antirretrovirales de bajo costo, efectivos contra el SIDA.</p>
<p>Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC)**.</p>	<p>Redujo las barreras al comercio que derivaban de estándares técnicos y regulaciones que aplicaban a la seguridad y calidad de los productos; cubría tabaco y alcohol, sustancias y desechos tóxicos, fármacos, agentes biológicos, alimentos y productos manufacturados.</p>	<p>Aplicado a las naciones miembro de la OMC.</p>	<p>En su demanda a la prohibición francesa sobre las importaciones de asbesto, Canadá expuso que los estándares internacionales exigían las regulaciones “menos restrictivas al comercio”; un tribunal de la OMC aprobó la demanda, aunque un tribunal de apelaciones rechazó la exigencia de Canadá ante la presión internacional.</p> <p>En favor de las industrias cármicas y biotecnológicas, los Estados Unidos demandaron exitosamente la prohibición de la Unión Europea sobre la carne tratada con hormonas artificiales.</p>

*Notas. *Tratados de Comercio Regionales (aplican solo a las naciones signatarias)*

***Tratados de Comercio de la OMC (aplican a todas las naciones miembros de la OMC)*

Acciones por parte de profesionales de la salud y defensores

Durante el presente del imperio, la preocupación acerca de las políticas de comercio que generaban efectos adversos en la salud pública se incrementó a nivel mundial⁶⁹. Ejemplos específicos demostraron que la resistencia organizada podría bloquear o revertir esas políticas. Por ejemplo, los esfuerzos internacionales coordinados para expandir la disponibilidad de los medicamentos para el SIDA en África a pesar de las restricciones de los ADPIC llevaron a cambios en las políticas de comercio que hicieron que esos medicamentos fueran mucho más asequibles. En parte amenazando con imponer licencias obligatorias, el gobierno de Brasil consiguió precios bajos en medicamentos que ayudaron a mejorar los resultados locales respecto al SIDA⁷⁰. En actos de resistencia similares, las comunidades en Bolivia lograron revertir la privatización de los suministros de agua. Por medio de una serie de protestas, una coalición de profesionales de la salud, trabajadores de la salud no profesionales y pacientes que utilizaban hospitales públicos en El Salvador bloquearon reiteradamente la privatización de esas instituciones. Estos esfuerzos pusieron en marcha modelos de resistencia que eventualmente detuvieron o disminuyeron la intensidad del impacto de los tratados de comercio internacional en la medicina y la salud pública.

El capítulo 14 proporciona mayores detalles acerca de los proyectos de resistencia y alternativa, incluidas las luchas contra la privatización de los hospitales públicos y los suministros de agua. Tales esfuerzos sucedieron en el contexto de una creciente red internacional de organizaciones que hizo énfasis en un sector público fortalecido, que evaluó críticamente la corporativización de la atención en salud fomentada por los tratados de comercio internacional, y que expresó preocupación acerca del impacto del comercio global sobre la salud pública, los servicios de salud y la democracia.

* * *

Los tratados de comercio internacional ejercieron sus efectos dentro de un contexto de políticas “macroeconómicas” más generales que reforzaban los patrones del imperio en medicina y salud pública. Estas políticas replicaban los patrones históricos que surgieron en los primeros años del siglo XX (discutidos en el capítulo 1), a medida que las fundaciones, las organizaciones financieras internacionales y las organizaciones de salud internacionales colaboraban para fomentar políticas públicas de salud que promovieran el comercio y los intereses de las corporaciones internacionales. El ciclo reciente de políticas macroeconómicas fomentó del mismo modo la “inversión en salud” a través de iniciativas que facilitaban el acercamiento corporativizado y privatizado a la medicina y la salud pública en los países menos desarrollados; en el próximo capítulo examino esas políticas a medida que surgieron durante el presente del imperio.

Capítulo 7

Macroeconomía y salud

La conceptualización de la enfermedad como causa de pobreza y subdesarrollo, más que la pobreza y el subdesarrollo como causas de enfermedad, ha reaparecido cíclicamente desde finales del siglo XIX. Como anoto en el capítulo 1, tal perspectiva caracterizó los primeros trabajos de organizaciones como la Fundación Rockefeller y la Organización Panamericana de la Salud en sus intentos por reducir los impactos económicos de infecciones como la fiebre amarilla y la malaria. Una racionalidad expuesta públicamente para justificar estos programas en su momento, enfatizaba en la importancia de controlar estas infecciones como parte de una estrategia para mejorar las condiciones de vivienda y de salud de las poblaciones subdesarrolladas y sumidas en la pobreza en el mundo. Pero esa no era la única racionalidad.

Fortaleciendo el imperio al expandir la Salud

En paralelo con esta racionalidad humanitaria, los líderes de esas organizaciones también buscaron hacer que numerosas áreas del mundo, en ese entonces devastadas por enfermedades debilitantes y potencialmente fatales, fueran seguras para actividades como los viajes de negocio, los proyectos de construcción, las empresas extractivas como la minería y la agricultura, y la producción industrial. Los líderes filantrópicos y de salud pública promovieron esfuerzos para controlar las infecciones endémicas, en colaboración parcial con las corporaciones cuyas operaciones internacionales se beneficiarían gracias a las condiciones de seguridad y a una fuerza laboral saludable.

Esta aproximación “vertical” a las políticas de salud, la cual favorecía el suministro de vacunas y medicamentos para ciertas enfermedades específicas, contrastaba con la aproximación “horizontal”, que fomentaba la organización de una infraestructura de salud pública y de atención primaria sólida en los países menos desarrollados. Los defensores de la visión horizontal argumentaban que un sistema amplio de servicios de salud pública y de atención primaria podrían tratar problemas importantes en salud pública, como las infecciones endémicas, de manera más efectiva que las “fórmulas mágicas”, como las vacunas o los antibióticos. Parcialmente influenciada por el movimiento de la atención primaria en salud dentro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante los años setenta y ochenta, la visión horizontal obtuvo un apoyo sustancial a nivel mundial, por lo menos durante un corto tiempo.

Durante los años noventa –la fase intermedia de lo que llamo el “presente del imperio”–, el péndulo volvió a la preferencia por las intervenciones verticales. Esta estancia renovada enfatizó en las políticas macroeconómicas que involucraban las relaciones nacionales e internacionales (más que las políticas microeconómicas pertinentes para mercados de bienes y servicios específicos), así como los papeles de la salud pública y los servicios de salud en las más amplias relaciones económicas. Esta orientación surgió en gran medida de los esfuerzos del Banco Mundial y de las instituciones financieras internacionales afiliadas, así como de importantes fundaciones privadas. De nuevo la atención se centró en las vacunas y los medicamentos como soluciones tecnológicas a los problemas de salud del mundo subdesarrollado, y una vez más esta orientación facilitó las operaciones financieras de las corporaciones multinacionales en los países menos desarrollados.

El controversial *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de 1993 del Banco Mundial, titulado “Invertir en Salud”, se volvió la guía pionera que fomentaba las intervenciones en salud pública y atención primaria como ruta hacia la prosperidad²¹. El contenido del libro, como su título, transmitía un doble significado –invertir para mejorar la salud, la productividad económica y la pobreza; e invertir capital, especialmente capital privado, como ruta hacia la ganancia privada en el sector salud. Más allá de la potencial contribución al desarrollo económico, el informe defendía las intervenciones en salud para mejorar las oportunidades de los inversionistas internacionales en países con altas cargas de

enfermedad que interferían con una fuerza laboral productiva. Tal como notaron los observadores en América Latina, India y África, el informe del Banco Mundial de 1993 abrió caminos para la inversión privada, especialmente a través de programas anteriormente administrados por el sector público⁷².

Un ejemplo influyente de “invertir en salud”: el informe sobre macroeconomía y salud

El Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud: *Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico* (en adelante, *Informe*)⁷³, publicado por la OMS en 2001, resultó ser un documento particularmente influyente que pretendía definir las relaciones entre la salud y la economía durante los últimos años del presente del imperio. El *Informe* condujo a una serie de proyectos de la OMS sobre aspectos económicos en políticas de salud, servicios de salud y salud pública. La orientación del *Informe* reflejaba parcialmente la reducción marcada de los fondos para la OMS desde las Naciones Unidas, su organización matriz, y un aumento considerable en la financiación de las actividades de la OMS por parte del Banco Mundial (giro que se explora en el capítulo 1). Muchas de las aproximaciones conceptuales y metodológicas del *Informe* reflejaban la orientación del Banco Mundial sobre la salud y el desarrollo económico. En parte por esta razón, el *Informe* dio un panorama revelador de la ideología dominante que determinaba las políticas de salud a medida que el presente del imperio declinaba.

La mayoría de los comisionados responsables del *Informe* tenían una amplia experiencia en el Banco Mundial, en el Fondo Monetario Internacional (FMI) o en otras instituciones financieras internacionales. Los comisionados demostraron tener poca experiencia en la colaboración con otros tipos de organizaciones sociales tabla 4 (ver página siguiente). Entre los comisionados se encontraban notablemente ausentes los representantes de las organizaciones no gubernamentales, los partidos políticos, los sindicatos, las organizaciones profesionales de medicina y salud pública, las organizaciones de minorías indígenas o étnicas/raciales, los activistas de salud ocupacional y salud ambiental y los miembros del movimiento mundial enfocado en la globalización económica.

Tabla 4
Comisionados del Informe sobre Macroeconomía y Salud*

J. Sachs (EEUU): presidente, antiguo catedrático de comercio internacional en la Universidad de Harvard, luego catedrático de economía en la Universidad de Columbia, asesor general en Europa Oriental y América Latina de las reformas gubernamentales atadas al desarrollo económico y las políticas de privatización.

I. J. Ahluwalia (India): economista, experta en las reformas y el desarrollo económico de la India.

K. Y. Amoako (Ghana): economista, Naciones Unidas; previamente con el Banco Mundial.

E. Aninat (Chile): economista, subdirector ejecutivo del FMI.

D. Cohen (Francia): economista, consultor permanente para el Banco Mundial.

Z. Diabre (Burkina Faso): empresario (*Burkina Brewery Corporation*), recientemente administrador asociado del programa de Desarrollo de la ONU.

E. Doryan (Costa Rica): anteriormente, vicepresidente del Banco Mundial; luego, representante especial del Banco Mundial para la ONU en Nueva York.

R. G. A. Feachem (Reino Unido): director, Instituto para la Salud Global (*Institute for Global Health*), Universidad de California, San Francisco y Berkeley; exdirector de salud, nutrición y natalidad del Banco Mundial, y decano de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; jefe de redacción del Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

R. W. Fogel (EEUU): catedrático en negocios y economía, Universidad de Chicago; premio Nobel en economía por la descripción del impacto de procesos a largo plazo; trabajo más reciente en nutrición y mortalidad.

D. T. Jamison (EEUU): catedrático y director del Programa en Salud Global y Educación, Universidad de California, Los Angeles; anteriormente, economista senior en el Banco Mundial.

T. Kato (Japón): asesor del presidente, Banco de Tokio–Mitsubishi; anterior diputado del G–7 representando a Japón, y director ejecutivo del Banco de Desarrollo Asiático.

N. Lustig (México): rectora, Universidad de las Américas–Puebla; anteriormente asesora senior y jefe de la Unidad de Pobreza y Desigualdad del Banco Interamericano de Desarrollo; codirectora del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000–2001: Lucha contra la pobreza*, del Banco Mundial.

A. Mills (UK): catedrática en economía y políticas de salud de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; consejera en “varias agencias multilaterales y bilaterales”.

T. Moe (Noruega): subsecretario general de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); exconsejero económico jefe, Ministerio de Finanzas de Noruega.

M. Singh (India): líder de la oposición, Parlamento; exministro de finanzas y gobernador del Banco de la Reserva de India.

H. E. Supachai Panitchpakdi (Tailandia): director general designado, Organización Mundial del Comercio; exministro de comercio, Tailandia, presidente del Banco Militar Tailandés, y director de *Nava Finance and Securities*.

L. Tyson (USA): decana, Escuela de Negocios, Universidad de California, Berkeley, y decana designada, Escuela de Negocios de Londres; exdirectora del Consejo de Asesores Económicos de la Casa Blanca.

H. Varmus (USA): presidente y director ejecutivo, *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*; exdirector del Instituto Nacional de Salud, EE.UU., premio Nobel en Fisiología o Medicina; consultor en firmas farmacéuticas y de biotecnología.

*Afiliaciones aproximadas en el momento del *Informe*.

Los significados de “invertir en salud”

El *Informe* enfatizó su temática central al principio: “mejorar la salud y longevidad de los pobres es, en un sentido, un fin en sí mismo, una meta fundamental del desarrollo económico. Pero también es un *medio* para alcanzar las otras metas del desarrollo relacionadas con la reducción de la pobreza”⁷⁴. Por lo tanto, el objetivo de mejorar las condiciones de salud de los pobres se convirtió en un elemento clave en las estrategias para el desarrollo económico. Desde este punto de vista, reducir la carga de las infecciones endémicas que azotaban a los países más pobres –SIDA, tuberculosis y malaria– incrementaría la productividad de la fuerza de trabajo, facilitaría la inversión y fortalecería el desarrollo económico.

El énfasis de la política de “invertir en salud” (el subtítulo del *Informe*) hacía eco al influyente y controversial Informe sobre el Desarrollo Mundial, *Invertir en Salud*, publicado en 1993 por el Banco Mundial⁷⁵. Como ya se ha mencionado, la terminología del título transmitía un doble significado –invertir en salud para mejorar la salud y la productividad, e invertir capital como un camino para el beneficio privado en el sector salud. Estos dos significados de invertir, complementarios pero

diferentes, permeaban el *Informe* macroeconómico. Como Jeffrey Sachs, jefe de la comisión, estableció en un discurso acerca de las implicaciones del *Informe* sobre la salud pública en el encuentro anual de la Asociación Americana de Salud Pública (*American Public Health Association*) en 2001, “¿Qué inversionista invertiría su capital en un país con malaria?”⁷⁶

La recomendación “clave” del *Informe* era que “los países de ingresos bajos y medios, en asociación con los países de ingresos altos, deberían ampliar el acceso de los pobres del mundo a los servicios de salud esenciales, incluyendo un enfoque en intervenciones específicas”. Para llevar a cabo esta recomendación, los “países de ingresos altos” se “comprometerían a brindar una ayuda financiera mucho mayor, en forma de subvenciones”⁷⁷. Con este énfasis en subvenciones en lugar de préstamos, el *Informe* rompió las tradiciones históricas del Banco Mundial y del FMI al reconocer implícitamente el nocivo endeudamiento (al cual el *Informe* se refería como sobreendeudamiento), impuesto por las políticas anteriores de las agencias prestamistas.⁷⁸ En este sentido, el *Informe* reflejaba la creciente orientación al interior del Banco Mundial, y en oposición a las políticas del FMI, hacia el reemplazo de los préstamos por las subvenciones como principal estrategia de financiación, especialmente para los países más pobres. El *Informe* también recomendaba ampliar la esfera de influencia del Banco Mundial sobre las organizaciones de salud y de salud pública. Específicamente, el *Informe* hacía un llamado para aumentar significativamente las subvenciones del Banco Mundial para los programas de la OMS⁷⁹.

Al declarar que la enfermedad era un determinante principal de la pobreza, el *Informe* exponía que las inversiones para mejorar la salud constituían una estrategia clave hacia el desarrollo económico, distanciándose de las interpretaciones previas de la pobreza como causa de enfermedad. Por el contrario, el *Informe* enfatizó en varios datos sobre los “canales de influencia de las enfermedades en el desarrollo económico”⁸⁰. El *Informe* atenuaba los determinantes sociales de la enfermedad, como las jerarquías de clase, las desigualdades en ingresos y riquezas, y la discriminación racial. Aunque el *Informe* se refería a la salud como “un fin en sí mismo”, el foco en la productividad económica disminuía la importancia de la salud como un derecho humano fundamental.

Financiamiento versus reforma

De acuerdo con el *Informe*, una reforma gubernamental en los países menos desarrollados debía acompañar las nuevas contribuciones financieras de las naciones donantes. Tal reforma incluía “reestructurar” el sector público: privatización, financiación pública de servicios privados e introducción de los principios de mercado basados en la competencia. Aunque estos elementos de reforma parecían un ajuste estructural, exigido previamente por el Banco Mundial y el FMI para préstamos nuevos o renegociados, el *Informe* exponía que tanto la financiación externa como las reformas debían suceder simultáneamente. Las reformas implicarían una mejoría en la capacidad de los países menos desarrollados de planear, implementar y evaluar los programas de intervención en salud que el *Informe* sugería. El *Informe* argumentaba en contra de las políticas de ajuste estructural que exigían recortes en los gastos del sector público y en contra de los préstamos que requerían un aumento del endeudamiento. Por el contrario, el informe sostenía que el gasto público debía incrementar y en gran medida debía apoyar al sector privado. La subvención pública respaldaba la recomendación del *Informe* de conformar “asociaciones público–privadas”⁸¹.

La propuesta de garantizar la financiación pública a los proveedores privados, incluyendo a los proveedores con ánimo de lucro, hizo explícita la subvención pública del sector privado. Tal propuesta era consistente con los tratados de comercio de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Por ejemplo, como se discutió en el capítulo anterior, la capacidad de las corporaciones multinacionales para vender servicios de salud financiados públicamente, la cual emergió en el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), demostró ser consistente con las recomendaciones del *Informe*.⁸²

Sistemas “cercaños al cliente”:

Financiación pública para proveedores privados

El *Informe* abogaba por intervenciones que involucraran a los centros de salud, los pequeños “puestos” de salud y los servicios de participación social. El sistema “cercaño al cliente” “consistiría en una combinación de proveedores de servicios de salud estatales y no estatales, con un

financiamiento garantizado por el Estado”⁸³. En este modelo, el gobierno podía ser propietario y operar unidades de servicio, o podía “contratar los servicios con proveedores con o sin ánimo de lucro”. Un espectro variado de proveedores crearía “competencia y una válvula de seguridad en caso de un eventual fracaso del sistema público”. El competitivo sistema público–privado incrementaría la eficiencia, mientras que la financiación pública ofrecería estabilidad y capacidad de predicción.

De esta manera, el modelo mixto, público–privado con financiación pública, emergió como la forma preferida de abordar las políticas respecto a los servicios médicos y de salud pública en los países objetivo. Este modelo había aparecido con claridad en el Informe del Banco Mundial de 1993, *Invertir en Salud*⁸⁴. El mismo modelo también se enunció en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* de la OMS⁸⁵, que intentó evaluar el desempeño de los sistemas de salud de todos los países del mundo. La “capacidad de respuesta”, uno de los criterios principales usados en la clasificación, fue definida en gran medida por la elección del paciente, que en la práctica significa una elección entre las opciones privadas y públicas de atención. Las naciones con sistemas públicos unificados por definición tuvieron una clasificación baja en este criterio. La propuesta del *Informe* acerca de la financiación pública garantizada para los proveedores privados, incluyendo los proveedores con ánimo de lucro, atrajo la atención por varias razones. Esta propuesta hizo explícitas las subvenciones públicas para el sector privado que habían permanecido en gran medida implícitas en los documentos normativos anteriores. Como ya se ha mencionado, esta propuesta también era consistente con los tratados de comercio bajo la OMC, tales como el AGCS. Aunque no criticaba las políticas de ajuste estructural de las instituciones financieras internacionales que exigían recortes en el gasto del sector público, el *Informe* presentaba una política algo diferente: “es necesario el gasto del sector público en salud para proveer bienes públicos críticos (tales como el control de las enfermedades epidémicas) y para asegurar recursos suficientes que permitan el acceso de los pobres a los servicios de salud”⁸⁶. Desde este punto de vista, los gastos públicos incrementarían y apoyarían en gran medida al sector privado.

Consecuente con las políticas del Banco Mundial, el *Informe* defendía el gasto público para un paquete limitado de servicios “esenciales” para los pobres, mientras las personas con mayores ingresos adquirirían servicios

más amplios en el sector privado⁸⁷. Esta orientación no referenciaba la declaración de Alma–Alta, la cual (como se discutió en el capítulo 1) defendía la atención primaria en salud para toda la población. De acuerdo con el *Informe*, los expertos evaluarían el costo–efectividad de los servicios específicos, y la recomendación de los expertos determinaría que servicios “esenciales” justificarían el apoyo financiero por parte del gobierno. Esta aproximación hacía una distinción entre los derechos de los pobres y los no pobres, más que favorecer los lineamientos éticos y económicos de los programas nacionales de salud basados en la solidaridad, donde el éxito del sistema dependía de la participación de todos los grupos en la sociedad.

Los significados del pago anticipado

Para enfocar el gasto público en los pobres, el *Informe* pedía “esquemas de financiamiento comunitario de pago anticipado (prepagado)”, que en alguna medida reemplazarían el gasto de bolsillo⁸⁸. Publicaciones anteriores de la OMS, coordinadas con el Banco Mundial, tales como el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*⁸⁹, favorecían el pago anticipado como una manera de incrementar la justicia en la financiación de los sistemas de atención en salud. Desde este punto de vista, la racionalidad del pago anticipado reconocía que los pagos de bolsillo cargaban desproporcionalmente a los pobres y por lo tanto se convertían en una estructura financiera económicamente regresiva. Sin embargo, el pago anticipado podía conducir a efectos menos benéficos. En los países económicamente desarrollados, la atención gerenciada prepagada produjo a menudo impactos adversos en la accesibilidad y en los resultados de la atención para los pobres⁹⁰. Las propuestas del pago anticipado también abrieron los mercados a las corporaciones multinacionales de atención gerenciada y de seguros. Para estas corporaciones, como lo discuto más a fondo en el siguiente capítulo, la financiación pública de los programas privados de atención gerenciada permitía el uso de los fondos fiduciarios de seguridad social como estrategia de inversión.

Una motivación para la expansión de las organizaciones de atención gerenciada con ánimo de lucro de los Estados Unidos hacia América Latina, África y Asia, involucraba el acceso a los fondos fiduciarios de seguridad social públicos o cuasi–públicos. En la mayoría de los países

de ingresos medios y algunos de ingresos bajos, estos fondos cubrían la atención en salud y los beneficios de jubilación para los trabajadores y algunas veces para sus familias. Incluso en el contexto del subdesarrollo, los fondos de seguridad social se volvieron suficientemente amplios para proveer una nueva e importante fuente de capital financiero. Por ejemplo, en tanto las organizaciones de atención gerenciada ingresaron en los mercados de América Latina, establecieron los fondos de seguridad social como reservas importantes para los pagos por capitación⁹¹. Capitación se refiere al pago anticipado de una suma de dinero negociada a la organización de atención gerenciada por parte de un empleador, una agencia pública, una familia o un individuo, por persona cubierta por unidad de tiempo, usualmente un mes. De tal forma, las políticas que favorecían las capitaciones prepagadas y el apoyo público para los proveedores privados, ofrecían nuevas fuentes de capital para la inversión a corto plazo. Como en los Estados Unidos, el lapso entre la factura de las capitaciones y la provisión de los servicios permitió grandes tasas de beneficio que derivaban en parte de las inversiones a corto plazo que la estructura del pago anticipado fomentaba.

El significado del pago anticipado cambió históricamente durante el presente del imperio, y las propuestas del *Informe* reforzaron este cambio. En el contexto sin ánimo de lucro, las organizaciones de atención gerenciada (anteriormente “organizaciones de servicios de salud”) enfatizaban en los servicios preventivos, dado que las capitaciones fijas motivaban a estas organizaciones a prevenir los costosos episodios de las enfermedades. Como los servicios más costosos reducían las ganancias del sistema de pago anticipado, el énfasis en prevención orientaba los esfuerzos para reducir hospitalizaciones, cirugías y procedimientos costosos.

Dentro del contexto comercial, sin embargo, el pago anticipado de primas por “vidas cubiertas” servía a un segundo propósito: la capacidad de hacer inversiones a corto plazo que aumentaban las ganancias para los ejecutivos y accionistas. En Estados Unidos, las organizaciones de atención gerenciada con ánimo de lucro entraron en los mercados del *Medicaid* y *Medicare* para servir a las personas de bajos ingresos y a las personas mayores. Después de varios años, las mismas organizaciones abandonaron estos mercados, cuando la tasa de ganancia empezó a caer debido a que las organizaciones tuvieron que proveer más

servicios. A medida que dejaron los mercados de EE.UU., algunas de las organizaciones de atención gerenciada ingresaron en los mercados de América Latina⁹². Como era de esperar, la garantía de la financiación pública para los servicios de pago anticipado, como se defendía en el *Informe*, reforzaba las prácticas de inversión de las corporaciones multinacionales de atención gerenciada y de seguros.

Financiamiento por donantes: opciones tácitas

En la “guerra contra la enfermedad”, declaraba el *Informe*, tenía que ocurrir una “ampliación masiva de las intervenciones de salud en los países de bajos ingresos, financiada por donantes”⁹³. Para lograr un aumento en la financiación de las intervenciones dirigidas a las infecciones endémicas (especialmente SIDA, tuberculosis y malaria), el *Informe* pedía contribuciones anuales por parte de los países de altos ingresos por un total de aproximadamente “0,1% del PIB [producto interno bruto] de los donantes”. Al calcular estos gastos, el *Informe* asumió la implementación vertical de nuevas intervenciones para combatir las infecciones endémicas, y desvió la atención del desarrollo horizontal de los programas nacionales de salud integrados. El *Informe* no especificaba una política voluntaria u obligatoria clara, que determinara el mecanismo por el cual los países de altos ingresos llevarían a cabo esta transferencia financiera. Es más, el *Informe* mostraba escepticismo frente a la probabilidad de que estas recomendaciones llegaran a ser cumplidas: “Estos objetivos financieros son una visión de lo que debería hacerse, no una predicción de lo que sucederá”. Con la ventaja de la retrospectiva, este escepticismo mostró ser justificado, a medida que el presente del imperio finalizaba, los países de altos ingresos no se acercaron en nada a esas contribuciones, aun cuando el *Informe* puso el rasero muy bajo.

El *Informe* permaneció mudo frente a dos asuntos clave: 1) políticas obligatorias para lograr las intervenciones propuestas, y 2) políticas más fundamentales para conseguir una redistribución global de la riqueza de las naciones ricas hacia las naciones pobres. Las políticas de redistribución específicas que hubieran implementado el financiamiento por parte de los países ricos para combatir la pobreza y las enfermedades asociadas con la pobreza no se hicieron explícitas. Este silencio se dio a pesar del llamado que el *Informe* hacía para que los países de altos

ingresos aseguraran que la falta de fondos proporcionados por donantes no impidiera la provisión de servicios de salud a las “personas más pobres del mundo”. Los retos políticos de redistribución de la riqueza a través de los impuestos y/o reacomodación presupuestaria siguieron siendo muy difíciles de afrontar.

En particular, una importante propuesta política no apareció para nada en el *Informe*: el llamado *impuesto Tobin*, propuesto inicialmente por James Tobin, premio Nobel en economía⁹⁴. Esta propuesta impondría un impuesto muy pequeño a las transacciones financieras internacionales, incluyendo las transferencias electrónicas. Un objetivo del impuesto Tobin era moderar la especulación internacional a corto plazo en las divisas que afectaban adversamente las economías de los países de bajos ingresos. Versiones posteriores del impuesto Tobin, presentadas por otros abogados, proponían que los recaudos del impuesto podían ser utilizados para reducir la pobreza en los países de bajos ingresos afectados por las transferencias internacionales de divisas, así como para prevenir la volatilidad y el colapso de los mercados bursátiles⁹⁵. En el momento del *Informe*, e incluso a medida que el presente del imperio se acercaba a su fin, más de US\$1 billón transferidos diariamente en tales transacciones permanecía casi por completo libre de impuestos. Si se cobrara un impuesto de aproximadamente el 0.5% sobre estas transferencias financieras, y si los ingresos del impuesto fueran otorgados a los países de bajos ingresos afectados por dichas transacciones, los análisis indican que los recaudos del impuesto –estimados de forma conservadora entre US\$150.000 millones y US\$300.000 millones anualmente– pronto habrían eliminado la carga devastadora de pobreza y la deuda que los países receptores enfrentaban. En contraste, el *Informe* pedía un gasto total por parte de los donantes de \$27.000 millones para 2007 y \$38.000 millones para 2015⁹⁶. Si parte de los recaudos de un impuesto Tobin hubieran sido utilizados para financiar las intervenciones propuestas en el *Informe*, la viabilidad de las intervenciones hubiera sido realista y no efímera, como lo era en las contribuciones no específicas, voluntarias, por parte de los donantes, sugeridas en el *Informe*. Aunque fuera muy pequeño, un impuesto Tobin habría llevado a una transferencia dramática de riqueza de los países ricos hacia los pobres. Dada la simplicidad del impuesto y sus implicaciones masivas en la reducción de la pobreza y la enfermedad, el silencio

del *Informe* acerca de tal impuesto sobre las transacciones financieras internacionales se volvió, más bien, ensordecedor.

El valor de la vida: años de vida ajustados según discapacidad (AVAD)

Una metodología cuantitativa con importantes implicaciones ideológicas guió los análisis económicos en el *Informe*. Los autores justificaron sus recomendaciones basados parcialmente en estimados cuantitativos, relativos a los años de vida salvados de las enfermedades infecciosas y las deficiencias nutricionales. Desde este punto de vista, los AVAD “suman el aumento del número de años de vida y la reducción del número de años vividos con discapacidad”⁹⁷. Dado que las personas sin discapacidades pueden trabajar más productivamente, el *Informe* proyectaba “decenas o centenares de miles de millones de dólares más al año por aumento de los ingresos por habitante”. Anexos gráficos y documentos de apoyo brindaban los fundamentos para esta proyección, la cual planteaba una lógica macroeconómica que justificaba las intervenciones para reducir las infecciones endémicas.

La metodología de los AVAD recibió críticas amplias e incisivas⁹⁸. Esta metodología apareció en múltiples publicaciones e informes políticos influyentes, muchos de ellos derivados del Banco Mundial y la OMS. Los críticos del método se centraron en el supuesto ideológico que definía la vida humana en términos de productividad económica. Con el método AVAD, los argumentos para poner en marcha intervenciones en salud pública ganaron credibilidad debido a la capacidad de dichas intervenciones de aumentar los años de trabajo productivo.

Esta valoración económica de la vida también disminuía el valor de la vida si se vivía con discapacidades. Una medida que daba mayor valor a la vida sin discapacidades que a la vida con discapacidades, implícitamente devaluaba las vidas de las personas discapacitadas. Aunque el *Informe* se inclinó hacia “la importancia de la salud en su propio derecho”, enfatizó: “la sabiduría de cada cultura predica que «la salud es riqueza» en un sentido más operativo”⁹⁹. Sin embargo, la ideología instrumental subyacente en los análisis que trataban la salud principalmente como un medio para la productividad económica, opuesta al derecho humano

fundamental, recibía objeciones durante el ocaso del presente del imperio, a pesar de las matemáticas de los AVAD.

Tratados de comercio versus responsabilidad corporativa

El *Informe* pedía a la industria farmacéutica actuar responsablemente en la “guerra” contra las infecciones endémicas. Adicionalmente a los descuentos en precios y a los medicamentos donados, el *Informe* ordenaba a las corporaciones farmacéuticas “garantizar que los países de ingresos bajos (y los donantes en su nombre) tengan acceso a los medicamentos esenciales casi al costo de producción (a veces denominado *mínimo precio comercial viable*), en lugar de los precios muy superiores propios de los mercados de ingresos altos”¹⁰⁰. Aun así, insinuando dudas acerca de la aceptación voluntaria de estas recomendaciones por parte de la industria farmacéutica, los comisionados invocaron las sanciones de las normas de comercio internacional: “Si la contribución de la industria no es suficiente o no se puede acceder a ella de manera rápida, general y fiable, deberán aplicarse las reglas del comercio internacional relativas al acceso a los medicamentos esenciales de manera que se garanticen los mismos resultados”.

Paradójicamente, los comisionados también expresaron las tensiones de aplicar sanciones que interferían con las leyes sobre patentes y tratados de comercio: “Asimismo, es de vital importancia procurar que la ampliación del acceso a los pobres no merme el estímulo a la innovación que supone el sistema de derechos de la propiedad intelectual”¹⁰¹. El *Informe* analizaba los retos de proveer medicamentos para los pobres y recomendaba que los tratados de comercio internacional, como el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), “debían ser aplicados de manera que dieran prioridad a las necesidades de salud de los pobres”¹⁰².

Las contradicciones entre favorecer los tratados de libre comercio que protegían los derechos de patente, y asegurar el máximo acceso a los medicamentos efectivos para las infecciones endémicas, permeaban el *Informe*. Como lo describo en el capítulo anterior, la avaricia corporativa tal vez no se manifestó en ningún lugar más claramente que en las luchas por diseminar las nuevas generaciones de medicamentos efectivos contra el SIDA, la tuberculosis, la malaria y otras infecciones

endémicas. Cuando las corporaciones reducían los precios y/o donaban medicamentos para estas infecciones, tales acciones aparentemente voluntarias eran consecuencia de luchas masivas y ampliamente publicitadas por profesionales, trabajadores de la salud no profesionales, activistas y cuerpos gubernamentales organizados en las naciones más afectadas por las infecciones.

Los tratados de comercio como el ADPIC, implementados a través de la OMC y la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), cercanamente afiliada, protegían los derechos de propiedad intelectual que históricamente limitaban el acceso a los medicamentos más necesitados bajo patente. En la industria farmacéutica, en general la más lucrativa de las industrias capitalistas, las motivaciones humanitarias para reducir la tasa de ganancia a través de reducciones de precios voluntarias hasta el “mínimo precio comercial viable” siguieron siendo opuestas a los intereses de los ejecutivos y accionistas. Los tratados de comercio privilegiaban los intereses corporativos. Incluso los programas de donación de medicamentos citados favorablemente por el *Informe* tenían grandes ventajas en cuanto a impuestos para las corporaciones que producían los medicamentos necesitados. A pesar de los argumentos por parte de los miembros del personal de la comisión acerca de que las patentes no impedían el acceso al tratamiento contra el SIDA¹⁰³, el impacto adverso de las patentes sobre la disponibilidad de los medicamentos condujo a la indignación alrededor del mundo, así como a sugerencias explícitas de grupos tales como la Comisión sobre los Derechos de Propiedad Intelectual de Reino Unido por cambios en los procedimientos de patentes de la OMC y la OMPI¹⁰⁴. Cuando recomendaba el voluntarismo por parte de la industria farmacéutica, el *Informe* reforzaba el escepticismo acerca de cómo su visión impactaría en las infecciones endémicas que requerían urgentemente un tratamiento farmacológico efectivo. Tales contradicciones permeaban las políticas internacionales sobre salud al final del presente del imperio.

Reciclando las intervenciones en salud pública para facilitar la inversión

A lo largo del siglo XX, como lo discuto en el capítulo 1, la Fundación Rockefeller patrocinó campañas “verticales” en contra de las infecciones

endémicas: parásitos intestinales, fiebre amarilla, tuberculosis, esquistosomiasis y malaria, entre otras. Las campañas de Rockefeller leían estas infecciones como impedimentos a la productividad laboral, la inversión y el desarrollo económico. Los programas financiados por Rockefeller también reconocían que las infecciones endémicas bloqueaban proyectos estructurales clave que ampliarían la capacidad de las empresas con sede en los Estados Unidos y Europa Occidental de extraer materias primas y de transportar productos y trabajadores alrededor del mundo. La historia de la fiebre amarilla y el Canal de Panamá, por ejemplo, sirvió como justificación para las intervenciones iniciadas por Rockefeller en muchos países. Tales campañas no fomentaban una infraestructura “horizontal” más amplia que pudiera proveer servicios de atención primaria y de salud pública integrados. Siguiendo el ejemplo de la fiebre amarilla y el Canal de Panamá, estas intervenciones en cambio apuntaban a mejorar las circunstancias económicas de las empresas en los países imperialistas al mejorar la salud de los dominados.

El *Informe sobre Macroeconomía y Salud* actualizó este rockefellerismo inicial. Al igual que su predecesor no reconocido en el pensamiento macroeconómico, el *Informe* pedía inversión para reducir la pobreza en los países pobres –mientras aumentaban los prospectos económicos de los ricos tanto en los países ricos como en los pobres por igual. Esta aproximación también revivía la aproximación vertical a la erradicación “categórica” de enfermedades específicas, más que alentar el desarrollo de sistemas integrados de atención en salud. La salud vista como un valor humano fundamental, que merece inversión para su propio bien, se desdibujó, tal como lo hizo la visión de redistribuir la riqueza como un objetivo valioso en las políticas macroeconómicas.

Los esfuerzos más recientes de la OMS, la Fundación Gates, el Fondo Internacional para el SIDA, el Banco Mundial y otras agencias que se enfocaban en la salud global repitieron las políticas fallidas de eras anteriores¹⁰⁵. Estos influyentes programas que vinculaban la salud pública, los servicios de salud y el desarrollo económico, en general enfatizaban en intervenciones verticales, que se enfocaban en soluciones tecnológicas para abordar enfermedades específicas, y no en el crecimiento horizontal de la infraestructura en salud pública. A medida que el presente del imperio concluía, este viejo licor ideológico produjo una euforia conocida, al presentarse en botellas nuevas. Las fuertes desigualdades

en cuanto a la salud y la riqueza que el *Informe* reconocía, requerían una lucha menos embriagada para fortalecer el cambio macroeconómico que la que los altos comisionados del *Informe* estaban dispuestos a permitir.

* * *

Aparte de los asuntos macroeconómicos, las contradicciones vinculaban el capitalismo tardío con la medicina y la salud pública también en el territorio microeconómico de industrias específicas. Por ejemplo, así como las corporaciones de atención en salud enfrentaron una tasa decreciente de ganancia en Estados Unidos y Europa Occidental, y por esa razón promocionaron la tecnología del cuidado coronario a través del mundo durante el pasado del imperio, como lo expongo en el capítulo 3, las corporaciones que vendían servicios y no productos tuvieron que lidiar con problemas estructurales similares durante el presente del imperio. La limitación de una tasa decreciente de ganancia y la motivación para abrir nuevos mercados internacionalmente se hicieron muy evidentes en el ámbito de la atención gerenciada. Como sus predecesores corporativos que comerciaban con productos de alta tecnología, las corporaciones que vendían servicios de atención gerenciada pasaron de los mercados internos a los internacionales como una forma de afrontar estas contradicciones. Esta historia social es el foco del siguiente capítulo.



Capítulo 8

La exportación de la atención gerenciada

En diciembre de 1999, cerca del final del presente del imperio, el Arzobispo Desmond Tutu, sudafricano ganador del Nobel de la Paz, dio el discurso central en una importante conferencia en Miami Beach: la Cumbre Internacional de Atención Gerenciada. El precio para asistir a esta conferencia, sin incluir transporte, hospedaje y comidas, era de US\$1395. Patrocinada por la Asociación Americana de Planes de Salud (American Association of Health Plans) y la Academia de Estudios Internacionales de Salud (Academy of International Health Studies), la conferencia estaba dirigida a “directores ejecutivos, presidentes, miembros de juntas directivas, jefes de finanzas, directores de mercadeo y gerentes de desarrollo de negocios”.

Aunque recibió mucha menor atención que las protestas masivas en contra de la Organización Mundial del Comercio en Seattle una semana antes, en la cumbre en Miami Beach se plantearon los mismos temas en contra de los cuales los manifestantes se habían pronunciado en Seattle. El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Agencia de EE.UU. para el Desarrollo Internacional utilizaron la cumbre para promover y expandir el papel de las corporaciones multinacionales de atención gerenciada en la atención en salud alrededor del mundo. Los representantes de estas instituciones financieras enfatizaron en la privatización de los sistemas de salud pública y de los fondos de seguridad social en América Latina, África y Asia. Los participantes de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud tuvieron papeles prominentes. También participaron funcionarios de México, Brasil,

Argentina, Chile, Colombia, Uruguay, Paraguay, India, Nepal, Tailandia, Indonesia, Filipinas, Singapur, Nigeria, Zimbabue, Sur África, Camerún, Omán, Emiratos Árabes Unidos, Rumania, Canadá, Alemania, Países Bajos, Suiza y Australia. Surgió poco disenso acerca de las políticas que pedían recortes en el sector público, privatización y actividades ampliamente expandidas para las organizaciones multinacionales de atención gerenciada a lo largo del mundo menos desarrollado.

Condiciones económicas que fomentaron la exportación

Atención gerenciada se refiere a los servicios de atención en salud bajo el control administrativo de grandes organizaciones privadas, con financiación prepagada “per cápita” (el capítulo 7 da una definición del pago por capitación). Más allá de los honorarios por persona, las personas cubiertas por atención gerenciada casi siempre pagan copagos adicionales cuando reciben el servicio. Para mediados de los años noventa, la mayoría de las personas aseguradas en los Estados Unidos y muchos otros países llegaron a estar cubiertos por organizaciones de atención gerenciada.

A medida que los planes de atención gerenciada se expandieron a mediados de los años noventa, la tasa de ganancia empezó a caer, y el mercado llegó a estar cada vez más saturado¹⁰⁶. La tasa decreciente de ganancia se parecía a la experimentada por la mayoría de los otros bienes y servicios a lo largo del tiempo, como había ocurrido, por ejemplo, en el caso de la tecnología del cuidado coronario dos décadas atrás, descrito en el Capítulo 3. Bajo estas circunstancias, las corporaciones buscaron nuevos mercados en el extranjero. En 1996, el presidente de la Asociación de Planes de Salud Prepagados de América Latina notó la relación entre la saturación de mercados y la exportación: “Para el año 2000, se estima [que] el 80% del total de la población de EE.UU. estará asegurada por algún tipo de OAG [organización de atención gerenciada]. En tanto que el 70% de todas las OAG americanas son empresas con ánimo de lucro, son necesarios nuevos mercados para sostener el crecimiento y la rentabilidad sobre la inversión”¹⁰⁷

Frente a la tasa decreciente de ganancia, la industria de atención gerenciada de EE.UU. se estaba enfrentando a costos más altos por los

servicios brindados a los pacientes, a primas insuficientes y a un mercado crecientemente competitivo. Bajo estas circunstancias, fusiones de organizaciones de atención gerenciada buscaron mejorar su capacidad de negociación pero los problemas de la industria persistían. Para 1998, las organizaciones de atención gerenciada comenzaron a elevar las primas varios puntos por encima del 2,5% de la tasa de inflación, alegando la incapacidad para controlar los costos médicos tanto como se predecía. Este incremento resultó dramático al compararlo con los incrementos en las primas del 1% o menos ofrecido a mediados de la década de los 90¹⁰⁸. Las fluctuaciones en el mercado bursátil reflejaban las dificultades financieras de la industria de la atención gerenciada. Desde 1990 hasta 1995, las acciones de las organizaciones de atención gerenciada crecieron en promedio 33% anual, muy por encima del desempeño del conjunto del mercado. Para 1997, los valores decrecientes de las acciones de estos mercados decepcionaron a los analistas e inversores¹⁰⁹. Las posiciones débiles en el mercado bursátil persistieron durante los siguientes años.

En Estados Unidos, para ese momento, las organizaciones de atención gerenciada con ánimo de lucro ingresaron en los programas del sector público Medicare y Medicaid. Sin embargo, estos programas resultaron ser menos receptivos a la atención gerenciada de lo que los directivos de la industria habían anticipado. Las ganancias iniciales de Medicare habían sido grandes dado que los pagos federales para los miembros de la organización de atención gerenciada Medicare habían aumentado hasta el 10,5% por año. Pero en 1997, el Congreso limitó los futuros incrementos anuales de la prima al 2%. Creció la preocupación acerca de la capacidad de las organizaciones de atención gerenciada de administrar los costos de acuerdo a los incrementos estipulados para la prima. En el mercado de Medicaid, muchos estados también redujeron sus pagos a estas organizaciones¹¹⁰.

Para hacer frente a estos problemas las organizaciones de atención gerenciada se retiraron de los programas de Medicaid y Medicare en múltiples áreas geográficas. En algunas áreas, las organizaciones desmontaron sus programas después de tres o cuatro años, tras conseguir vastas ganancias a corto plazo por parte de los pacientes que pagaban por capitación. Las organizaciones de atención gerenciada producían ganancias manteniendo los costos, especialmente al pagar por los servicios a los pacientes tan poco como fuera posible. La entrada y

salida repentinas de los mercados públicos dejaron a los pacientes, y sus programas públicos de seguros, vulnerables y en busca de nuevas alternativas financiadas públicamente. La Asociación Americana de Planes de Salud (AAHP, por su sigla en inglés) estimó que los retiros de la prestación de servicios por parte de las organizaciones de atención gerenciada afectó por lo menos a 711.000 beneficiarios de Medicare. De acuerdo con estos cálculos, la retirada de Aetna afectó a 355.000 miembros en once estados, mientras la salida de CIGNA impactó a 104.000 miembros en trece estados¹¹¹. Para finales de 2001, la salida de Aetna de varios mercados de Medicare afectó adicionalmente a 105.000 miembros –una cifra equivalente al 38% de los afiliados a Medicare. Muchas otras compañías, incluidas *Pacific Care Health Systems* y *Health Net*, también estaban abandonando los planes de Medicare a lo largo del país, dejando aproximadamente 500.000 afiliados en busca de nueva cobertura médica¹¹². De acuerdo con varios cálculos, el número total de beneficiarios que perdieron sus planes entre 1999 y 2001 llegó a más de 1,7 millones¹¹³.

De acuerdo con la *Health Care Financing Administration* de EE.UU., las organizaciones de atención gerenciada recibieron más que suficientes pagos federales para proveer los beneficios básicos de Medicare. Sin embargo, estos pagos no cubrían los beneficios extra ofrecidos por las organizaciones sin impactar negativamente las ganancias. Las organizaciones de atención gerenciada también se quejaron de que el *Balanced Budget Act* de 1997 ponía un tope del 2% anual a los incrementos de reembolso, una tasa que no avanzaba al mismo ritmo que los crecientes costos médicos¹¹⁴. Las organizaciones como Aetna intentaron enfrentar sus altos costos mediante el aumento de las primas cuando renovaban los contratos, y mediante la evaluación de los mercados y productos con la intención de retirarse cuando los propósitos financieros o estratégicos no se cumplieran.

La atención gerenciada en los Estados Unidos durante los años 90, por lo tanto, se desarrolló con un ciclo inicial de expansión extraordinaria y luego una notable contracción. A medida que el mercado interno se volvía más conflictivo y menos atractivo, ocurrió una transición desde la atención gerenciada nacional hacia la multinacional. Las corporaciones multinacionales de EE.UU. y Europa, incluidas las compañías farmacéuticas, las corporaciones de atención a largo

plazo y las organizaciones de atención gerenciada, recurrieron a los mercados internacionales buscando fuentes alternativas de ganancia¹¹⁵. Las corporaciones exportaban la atención gerenciada como el formato organizacional principal, como opuesto a otras formas de aseguramiento comercial, dado que la atención gerenciada se había convertido en la forma dominante de las organizaciones de atención en salud en los Estados Unidos, y había emergido como la estrategia más lucrativa de las organizaciones comerciales para proveer seguros de salud.

En América Latina, el mercado de la atención en salud presentaba oportunidades lucrativas¹¹⁶. Aún relativamente poco afectado por la ola de privatización que había barrido la región en los años anteriores, el sector de la atención en salud estaba a punto de someterse a reformas que abrirían la puerta al capital privado. Después de la implementación de las reformas, las condiciones económicas favorables en este escenario impulsarían un boom a largo plazo para los inversionistas. América Latina había madurado para las inversiones y operaciones de las corporaciones multinacionales en la atención en salud¹¹⁷.

El mercado de la atención gerenciada y los fondos de seguridad social en América Latina

A medida que las organizaciones de atención gerenciada pusieron los ojos en los mercados extranjeros, Europa pareció prometedora al principio. Las reformas en varios programas nacionales de salud europeos introdujeron los principios de la atención gerenciada, la competencia de mercados y la privatización de los servicios públicos¹¹⁸. Estas reformas, como componentes del neoliberalismo, recibieron un fuerte apoyo por parte del gobierno Thatcher en Inglaterra, así como varios grados de entusiasmo por parte de los partidos conservadores en otros países. Alain Enthoven y sus discípulos, quienes orquestaron las propuestas de atención gerenciada que dieron forma a los desafortunados esfuerzos de la administración Clinton por un programa nacional de salud, fueron consultores de los gobiernos europeos que estaban llevando a cabo las reformas¹¹⁹. La popularidad de los programas del sector público en Europa, sin embargo, resultó ser un poderoso desincentivo para la privatización. Después de mediados de los años noventa, especialmente a medida que la atención gerenciada se volvía cada vez más impopular en Estados Unidos, países

Europeos como Reino Unido, Países Bajos y Suecia, reversaron muchas políticas que intentaban privatizar sus programas nacionales de salud¹²⁰. Aunque los debates acerca de la privatización y la “mercantilización” de los programas nacionales de salud europeos continuaron durante los últimos años del presente del imperio, estos debates en general no condujeron a cambios fundamentales en el carácter esencialmente público de los sistemas¹²¹.

Con la saturación de la atención gerenciada que tenía lugar en el país y con prospectos limitados en Europa, las organizaciones estadounidenses de atención gerenciada recurrieron a los países menos desarrollados, especialmente en América Latina. En la tradición del tabaco y los pesticidas, las corporaciones de EE.UU exportaron, en la forma de atención gerenciada, productos y prácticas que habían sido duramente criticados internamente. La exportación de la atención gerenciada recibió apoyo entusiasta del Banco Mundial, de otras instituciones financieras internacionales y de corporaciones multinacionales. En el otro extremo, los países menos desarrollados sufrieron una fuerte presión para aceptar la atención gerenciada como estrategia organizacional para la privatización de sus sistemas de salud y seguridad social. Las organizaciones de atención gerenciada y los fondos de inversión ingresaron rápidamente al mercado latinoamericano, y esta experiencia sirvió como el modelo de exportación de atención gerenciada hacia África y Asia.

En un estudio acerca de la atención gerenciada en América Latina, con algunos colegas nos concentramos en su exportación desde los Estados Unidos y en su impacto sobre la prestación de la atención en salud y los servicios públicos de salud¹²². Esta investigación tenía en cuenta la exportación de atención gerenciada por parte de corporaciones con ánimo de lucro, pertenecientes a los inversionistas, que transferían el riesgo financiero a los médicos, a los hospitales y a las clínicas, en lugar de aquellas que simplemente vendían seguros de indemnización comercial. Nuestros resultados mostraron que los fondos de atención en salud y seguridad social de los países menos desarrollados llegaron a ser una fuente importante de capital nuevo y de altas tasas de ganancia para estas corporaciones, especialmente a través de la inversión de los pagos anticipados por persona. Encontramos que la retórica que acompañaba estos cambios normativos enfatizaba en la ideología del mercado privado como una ruta hacia servicios más eficientes y accesibles (una retórica

que, por cierto, se volvió bastante seductora para los líderes progresistas como el Arzobispo Tutu, quien recibió cuantiosos honorarios y cargos por consultoría). Sin embargo, la evidencia de que tales reformas de mercado realmente mejorarían los problemas de ineficiencia, costos y acceso se mantuvo muy tenue en Estados Unidos y virtualmente inexistente en otros lugares. La retórica ganó aceptación fácilmente por parte de los líderes en los países menos desarrollados. A medida que los sistemas públicos fueron desmantelados y privatizados bajo el auspicio de la atención gerenciada, las corporaciones multinacionales entraron en el terreno, cosecharon grandes ganancias y se retiraron al cabo de varios años. Después los países a los que las corporaciones multinacionales habían invadido enfrentaron situaciones aún más exigentes para reconstruir sus sistemas públicos.

Las corporaciones que entraron en el mercado de la atención gerenciada en América Latina reportaron ingresos considerables en relación con los gastos. A mediados de los años 90, Sul America Seguros, una corporación en Brasil de la cual la mitad de sus extensas operaciones de atención gerenciada pertenecían a Aetna, generó ganancias de más de US\$1.200 millones en un año¹²³. Las ganancias anuales por atención gerenciada en Brasil durante ese período se estimaron en US \$2.990 millones¹²⁴. Dirigida a un mercado de alguna manera más pequeño en Argentina, Galeno Life TIM, una organización de atención gerenciada controlada por el Grupo EXXEL, un fondo de inversiones multinacional, registró ganancias anuales de US\$181 millones.

Los ejecutivos responsables de la exportación de la atención gerenciada enfatizaron en las recompensas financieras de los mercados internacionales. Rara vez se referían al cuidado preventivo o al control de calidad, objetivos que algunas organizaciones de atención gerenciada en Estados Unidos habían valorado históricamente. El apoyo a la educación y a la investigación tampoco surgió como un objetivo explícito.

Al explicar sus motivaciones financieras para ingresar en el mercado latinoamericano, los ejecutivos de la atención gerenciada se refirieron constantemente a la importancia del acceso a los fondos de seguridad social de esos países. En contraste con Estados Unidos, la mayoría de países latinoamericanos tenían sistemas de seguridad social organizados que incluían tanto beneficios de atención en salud como beneficios de jubilación para muchos trabajadores empleados en grandes empresas

privadas o públicas. Los empleadores y trabajadores contribuían a esos fondos de seguridad social. Para los trabajadores que no estaban cubiertos por la seguridad social, y para las personas desempleadas, la mayoría de países latinoamericanos también tenía instituciones del sector público establecidas para la atención en salud, incluidos hospitales y clínicas públicas.

A lo largo de América Latina, los sistemas de seguridad social mantenían grandes fondos fiduciarios, administrados por agencias gubernamentales o reguladas públicamente. Los ejecutivos de EE.UU. consideraron estos fondos como una significativa nueva fuente de capital financiero. Por ejemplo, un ejecutivo de atención gerenciada de Indianápolis reclutado por el Grupo EXXEL, anotó: “Es un mercado muy lucrativo [...] Aquí la oportunidad real para una compañía de inversionistas privados es desarrollar herramientas en el mercado de *prepagos*, anticipándose al mercado de *obras sociales* [seguridad social]”¹²⁵. Desde esta perspectiva, la entrada de las organizaciones de atención gerenciada en el mercado privado se volvió un trampolín hacia el potencialmente más lucrativo mercado público basado en los fondos fiduciarios de seguridad social.

La privatización de los programas de salud gubernamentales y de los sistemas de seguridad social permitió una importante expansión del capital para las organizaciones de atención gerenciada y los fondos de inversión. Los programas del sector público en países como Colombia y Argentina sufrían de ineficiencia, aumento de costos y corrupción, lo cual potenció los argumentos para la privatización¹²⁶. Como ejemplo temprano del cambio, la constitución chilena de 1980, iniciada por la dictadura de Pinochet, permitía el desvío de los fondos de atención en salud y seguridad social gubernamentales a las instituciones de atención gerenciada privatizadas (*Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE*), las cuales podían ser compradas por compañías multinacionales de seguros después¹²⁷. El acceso a los fondos de seguridad social privatizados – llamados “*the mañana pension bonanza*” en una revista de comercio¹²⁸– creó fondos de capital multimillonarios disponibles para la reinversión por parte de las corporaciones multinacionales participantes.

La creciente clase media alta latinoamericana constituía un potencial nuevo mercado para la atención gerenciada¹²⁹. Este crecimiento produjo un gran número de familias con ingresos lo suficientemente altos para adquirir aseguramiento privado en salud. Los ejecutivos anticiparon

que la atención gerenciada atraería consumidores más adinerados, debido a las ventajas de tener un proveedor de atención primaria permanente, continuidad en la atención y a la administración de servicios subespecializados costosos y tecnología avanzada. El pago de las primas por atención gerenciada vendría de la combinación de las contribuciones del empleador, los copagos de los pacientes y los fondos de seguridad social. Los inversionistas también mostraron entusiasmo por las fuertes tasas de crecimiento económico (por ejemplo, el 7% anual en Chile y el 5.5% en Argentina) y la baja proporción de la población que ya estaba cubierta por aseguradores privados¹³⁰.

La trayectoria ascendente de la atención gerenciada en América Latina

El Banco Mundial y otras instituciones financieras internacionales favorecían la privatización de los servicios públicos y la entrada de corporaciones de atención gerenciada en los mercados de América Latina. Como se mencionó en capítulos anteriores, las políticas de ajuste estructural de estas instituciones exigían la privatización, los recortes en los gastos del sector público y el reembolso de los préstamos anteriores. A mediados de los años noventa, los pagos anuales de la deuda externa estaban entre el 21,3% del producto interno bruto, en Guatemala, y el 360,3%, en Guyana, con un promedio del 42,4% para la totalidad de América Latina¹³¹.

Si los países no lograban implementar el ajuste estructural, las instituciones financieras internacionales los amenazaban con interrumpir o reducir drásticamente los préstamos, el crédito para comprar importaciones esenciales y la ayuda alimentaria. Entre los gobiernos latinoamericanos y las corporaciones, los políticos y los administradores, colaboraban con las instituciones financieras internacionales en la implementación de las políticas de ajuste estructural.

En el ampliamente debatido *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, "Invertir en Salud"*, el Banco Mundial exponía que las ineficiencias en los programas del sector público entorpecían la prestación de servicios así como la reducción de la pobreza¹³². Como lo discutí en el capítulo anterior, el informe recomendaba incentivos para el aseguramiento privado, la privatización de los servicios públicos, la promoción de la

competencia de mercados y el énfasis en atención primaria y prevención. A lo largo del documento y de las políticas subsecuentes, el Banco Mundial promulgaba una ideología en la que “la salud es un asunto privado y la atención en salud un bien privado”¹³³, lo cual fomentaba la entrada de organizaciones de atención gerenciada privadas con ánimo de lucro en los países que aceptaban préstamos del Banco Mundial.

Otras instituciones financieras internacionales participaron en las mismas estrategias de reforma. El Banco Interamericano de Desarrollo ofrecía líneas de crédito para cambios en la estructura organizacional y en las instalaciones físicas de los hospitales y las clínicas consecuentes con la privatización. En Argentina este banco colaboró con el Banco Mundial en el apoyo a la transformación de los hospitales públicos para convertirse en *hospitales de auto-gestión*, en donde los principios de la atención gerenciada exigían que los hospitales compitieran con los hospitales privados en el mercado por los pacientes cubiertos por los programas de seguridad social¹³⁴. El apoyo de las instituciones financieras internacionales para la reforma de los hospitales públicos en Colombia procedió de manera similar¹³⁵. El Fondo Monetario Internacional (FMI) hizo nuevos préstamos sujetos a los indicadores macroeconómicos de los recortes del sector público, a la privatización y a la introducción de la atención gerenciada, en parte para reducir los gastos públicos y el déficit en el presupuesto nacional¹³⁶. Las presiones ejercidas por el FMI fomentaron la administración privada de los servicios y de los fondos de seguridad social previamente administrados por el sector público.

Las corporaciones multinacionales utilizaron varias estrategias para aumentar la exportación de atención gerenciada en salud. La más importante incluía el *joint venture* (empresa conjunta) con compañías con sede fuera de Estados Unidos, que proveían una clientela establecida y ayudaban a las corporaciones multinacionales a evadir las leyes nacionales que restringían la propiedad extranjera¹³⁷. La mayoría de las empresas conjuntas de atención gerenciada no replicaban los principios de “*staff-model*” que mantenían algunas organizaciones de atención gerenciada con sede en EE.UU, tales como dar salarios por nómina a los médicos para reducir el riesgo financiero de manera anual¹³⁸. Al contrario, las empresas latinoamericanas incluían varios elementos: propiedad para los inversores; estatus comercial; una población específica afiliada; prepago por servicios; y una junta médica contratada que asumía el riesgo

financiero en la provisión de atención general y especializada. Estos acuerdos también incluían algún grado de financiación de la seguridad social y la introducción de la administración o propiedad privada en los programas públicos.

La segunda estrategia de expansión suponía un método de feria comercial, a través del cual las corporaciones organizaban convenciones o presentaciones en encuentros de profesionales para expandir el interés hacia los principios de la atención gerenciada¹³⁹. Los asistentes a tales encuentros incluían a los líderes latinoamericanos de la atención en salud, quienes recibían ayuda financiera de las corporaciones, del Banco Mundial o de ambos. El Banco Mundial justificaba este apoyo en tanto era consecuente con sus políticas, que exigían reformas que favorecieran la privatización de los servicios de salud en los países menos desarrollados, en beneficio de las corporaciones con sedes principalmente en Estados Unidos y Europa¹⁴⁰. Las organizaciones internacionales para la salud, incluidas la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, también apoyaban y ayudaban a legitimar estos esfuerzos de privatización¹⁴¹.

Una tercera estrategia que favorecía la expansión de la atención gerenciada en los mercados internacionales involucraba el uso de los gobiernos para influir en las organizaciones internacionales de comercio, especialmente a la Organización Mundial del Comercio. Los gobiernos ejercían esta influencia estableciendo agendas en las reuniones de las organizaciones de comercio y asegurando compromisos por parte de los otros países en beneficio de las organizaciones de atención gerenciada con sede en Estados Unidos y Europa¹⁴². Las barreras comerciales anteriores cayeron a medida que los tratados de comercio internacional, negociados a través de la Organización Mundial del Comercio o de forma regional (como el Tratado de Libre Comercio de Norte América, TLCAN), facilitaban la entrada de las organizaciones de atención gerenciada en los mercados nacionales (el capítulo 6 presenta los lineamientos de estos tratados de comercio). Las operaciones globales de las corporaciones multinacionales también las llevaron a buscar los beneficios de la atención gerenciada para sus empleados en el extranjero. Por ejemplo, luego del inicio del TLCAN, las corporaciones con operación en Ciudad de México, incluidas IBM, Johnson & Johnson, Bristol-Myers Squibb y

Hewlett–Packard, formaron un consorcio para aumentar los esfuerzos de la atención gerenciada¹⁴³.

Apoyadas por estas estrategias, varias organizaciones multinacionales de atención gerenciada se expandieron rápidamente en América Latina a mediados de los años 90. Entre 1996 y 2000, Aetna tomó parte en empresas conjuntas con compañías nacionales en México, Brasil, Venezuela, Argentina y Colombia. Estos esfuerzos no sólo abarcaban la expansión sino también la salida de ciertos mercados que resultaron inconsistentes con el enfoque de la compañía sobre el gran potencial de crecimiento de los mercados emergentes del mundo¹⁴⁴. Los informes de Aetna para los inversionistas y los reguladores gubernamentales durante este periodo enfatizaban las intenciones de invertir en mercados por fuera de Estados Unidos que mostraran el potencial para los rendimientos a largo plazo. Con una inversión de US\$300 millones, Aetna adquirió el 49% de los intereses en Sul America Seguros, la compañía de seguros más grande en Brasil, con 1,6 millones de afiliados a la atención gerenciada¹⁴⁵. A través de sus subsidiarias chilenas, la corporación cubría 60.000 miembros. Aetna compró acciones en las ISAPRE, las organizaciones de atención gerenciada subsidiadas públicamente introducidas durante la dictadura chilena. Las operaciones de atención gerenciada de Aetna también se expandieron rápidamente en Perú y México; la empresa mexicana (Méximed) prestaba servicios a lo largo de la frontera entre EE.UU. y México¹⁴⁶.

Aunque las principales operaciones internacionales de CIGNA se enfocaban en Japón, a finales de los años 90 inició operaciones de atención gerenciada a lo largo de América Latina¹⁴⁷. En Brasil, CIGNA administraba 2,5 millones de afiliados a través de una empresa conjunta con un gran banco y un plan prepagado de salud. Esta empresa de CIGNA servía a los afiliados a través de una red de más de 1.400 hospitales, 3.800 clínicas y 10.500 médicos¹⁴⁸. CIGNA Salud ISAPRE en Chile proporcionaba cobertura de atención gerenciada para cerca de 100.000 vidas. En Guatemala, CIGNA cubría 40.000 vidas con su sistema de atención gerenciada¹⁴⁹. Durante el mismo período, CIGNA también se expandió rápidamente en Argentina y México.

Entre sus vastos intereses, el *American International Group* (AIG) también abrió una operación latinoamericana en atención gerenciada. El AIG obtuvo el 49% en sociedad con una importante compañía de seguros

brasileña que se estaba diversificando hacia las actividades de atención gerenciada. Al ganar el derecho a administrar los fondos de pensión públicos y privados en México, Chile, Argentina, Perú y Colombia, el AIG obtuvo el capital adicional para financiar la expansión de la atención gerenciada. Dado que muchos países latinoamericanos vinculaban los planes de pensión por jubilación con los beneficios de atención en salud, las actividades de esta corporación potenciaron la tendencia general hacia la privatización de los fondos públicos de seguridad social¹⁵⁰.

El Grupo EXXEL, un fondo multinacional de inversiones, llevaba a cabo operaciones de atención gerenciada en varios países de América Latina. En Argentina, EXXEL adquirió tres antiguos planes de salud prepagada para formar la organización de atención gerenciada más grande del país, cuyas afiliaciones pronto se triplicaron. EXXEL contrató a varios ejecutivos de la atención gerenciada en EE.UU. para administrar sus operaciones argentinas. Entre sus consultores, EXXEL registró a dos antiguos embajadores de EE.UU. en Argentina. EXXEL también hizo incursión en los mercados de la atención gerenciada en Brasil, Chile y Uruguay¹⁵¹. En otros mercados, EXXEL tenía participación mayoritaria sobre restaurantes, supermercados, servicios de tarjetas de crédito, tiendas de música, antiguas empresas de servicios públicos, un servicio privado de correos, tiendas libres de impuestos y agencias recaudadoras de impuestos en los aeropuertos¹⁵².

EXXEL mostró un nuevo desarrollo en la atención gerenciada internacional, dado que redirigió las inversiones de EE.UU. hacia los mercados de América Latina sin los requisitos tradicionales de reportes o controles regulatorios. Al incorporarse en las Islas Caimán, el Grupo EXXEL evadió los informes obligatorios sobre cuentas bancarias, activos adicionales y pago de impuestos exigidos por la Comisión de Seguridad y Cambios y otras agencias reguladoras de EE.UU. En sus materiales promocionales, EXXEL reconocía importantes inversores de EE.UU., incluyendo la Universidad de Brown, el Instituto de Tecnología de Massachusetts, la Universidad de Columbia, la Universidad de Princeton y la Fundación Ford¹⁵³. Sin embargo, en sus informes anuales y en nuestras entrevistas con los directivos de inversiones, estas instituciones estadounidenses no reportaron inversiones en EXXEL. Las inversiones que EXXEL declaró aparentemente representaban acciones que las

instituciones de EE.UU. adquirirían en fondos de inversión, de los cuales los directivos de inversiones de las instituciones no estaban conscientes.

La subsiguiente trayectoria descendente

Como lo habían hecho previamente en los mercados de Medicare y Medicaid, la mayoría de las organizaciones de atención gerenciada con sede en EE.UU. salieron de los mercados de atención gerenciada latinoamericanos cuando las tasas de ganancia empezaron a caer allí también. Para 1999 Aetna estaba experimentando problemas de inestabilidad empresarial y la disminución del valor de las acciones. Aunque sus informes ante la Comisión de Seguridad y Cambios de EE.UU. mostraban las operaciones internacionales como marginalmente lucrativas, Aetna empezó a vender sus empresas conjuntas. En diciembre de 2000 la compañía vendió *Aetna International and Global Financial Services* al *ING Group NV* con sede en Ámsterdam. Los directivos de Aetna enfatizaron en que la venta pretendía consolidar las actividades de la corporación en el mercado de atención en salud de EE.UU., el cual se había vuelto relativamente ineficiente y poco rentable, y en aumentar la confianza de los accionistas y el valor de las acciones. De la venta de las subsidiarias extranjeras de Aetna resultaron activos adicionales considerables¹⁵⁴.

También en 1999 CIGNA inició su salida del mercado de la atención gerenciada en América Latina¹⁵⁵. La tasa de ganancia de CIGNA en los mercados privados de atención en salud de Brasil decreció predeciblemente. En enero de 2003, alegando un potencial de crecimiento por debajo de las expectativas a largo plazo de la compañía, CIGNA vendió las operaciones de atención en salud que le quedaban a una compañía brasileña, Amil, no sin antes haber extraído importantes ganancias de los prepagos por persona.

El comportamiento de estas corporaciones, que ingresaron rápidamente y luego salieron de los mercados extranjeros, llamó poderosamente la atención en América Latina. La disminución de la rentabilidad contribuyó claramente a estas decisiones corporativas. La riqueza de los fondos de seguridad social en América Latina derivaba de las contribuciones del gobierno, los empleadores y los empleados durante décadas de crecimiento laboral y expansión económica. La privatización en América

Latina condujo al desempleo generalizado, lo que redujo drásticamente las contribuciones a los fondos públicos de seguridad social. Los recortes del apoyo gubernamental a la atención en salud, resultado de las políticas de ajuste estructural impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional bajo el marco de “reforma”, disminuyeron aún más las contribuciones al sector público. Desde esta perspectiva, los fondos de seguridad social representaban una oportunidad lucrativa al principio; después América Latina no siguió siendo la “mina de oro que parecía que iba a ser durante los emocionantes días de las reformas a las políticas públicas al principio de los años noventa”¹⁵⁶.

El mercado interno de EE.UU. también jugó un papel en la retirada de las organizaciones de atención gerenciada de los mercados latinoamericanos. En el caso de Aetna, la presión de los accionistas dirigió la atención de la compañía hacia el mercado de EE.UU., en parte en consideración de las nuevas ganancias que serían generadas gracias a la prevista expansión de Medicare. Como la “reforma” del Medicare entró en vigencia a finales de 2003, las ventajas para la industria privada de los seguros de salud llegaron a ser claras. En un año, la modificación del Medicare generó más de \$50.000 millones de dólares en ingresos adicionales para las organizaciones de atención gerenciada, en parte a través de pagos gubernamentales más altos para llamar la atención de los ancianos hacia los planes privados de salud que complementaban la cobertura del Medicare¹⁵⁷. La retribución anual sobre la inversión alcanzaba el 10%, el nivel en el cual la atención gerenciada alcanzó sus tasas más altas de ganancia durante principios y mediados de los años noventa. Como es lógico, las corporaciones de seguros promovían fuertemente la reforma del Medicare, la cual se convirtió en otra subvención pública masiva para el sector privado en atención en salud.

Desafíos a la salud pública y a los servicios médicos

Como en Estados Unidos, la preocupación en América Latina acerca de la atención gerenciada se centró en el acceso restringido para los pacientes vulnerables y en la reducción del gasto para los servicios clínicos como resultado de los costos administrativos y de la necesidad de pagar dividendos a los inversores. Los copagos exigidos bajo los planes de atención gerenciada introdujeron barreras de acceso y aumentaron

la presión en los hospitales y las clínicas. En Chile, aproximadamente el 24% de los pacientes cubiertos por las organizaciones de atención gerenciada de las ISAPRE recibían los servicios en clínicas y hospitales públicos ya que no podían pagar los copagos de aproximadamente el 8,6% del recaudo general de las ISAPRE¹⁵⁸. Las políticas de *auto-gestión* en los hospitales públicos de Argentina y Brasil promovían la competencia por los pagos por capitación de los fondos de seguridad social y de las compañías privadas de seguros, así como por el copago de los pacientes. Para solicitar atención gratuita en estas instituciones públicas, los pacientes indigentes se sometían a largos estudios socioeconómicos que exigían documentación de empobrecimiento; en algunos hospitales, la tasa de rechazo para tales solicitudes promediaba entre el 30 y el 40 por ciento¹⁵⁹.

Los hospitales públicos en Argentina que todavía no se habían pasado a la atención gerenciada enfrentaron una afluencia de pacientes cubiertos por los fondos de seguridad social privatizados. Dichos hospitales públicos en Buenos Aires reportaron aproximadamente 1,25 millones de visitas ambulatorias anuales de pacientes cubiertos por el fondo de seguridad social privado para personas jubiladas. Antes de recurrir a los hospitales públicos, los pacientes mayores habían enfrentado barreras al acceso debido a los copagos, a la negativa de los médicos privados a atenderlos debido a la falta de pago por parte del fondo de seguridad social y a la confusión burocrática en la asignación de proveedores¹⁶⁰.

A medida que las organizaciones de atención gerenciada con ánimo de lucro se apoderaron de las instituciones públicas, el aumento de los costos administrativos desvió los fondos de los servicios clínicos. En Argentina, después de que el Grupo EXXEL obtuviera los contratos para administrar los diecinueve hospitales públicos en la provincia de San Luis, los administradores procuraron reducir la proporción de pacientes no asegurados. Para atraer pacientes con seguros privados y planes de seguridad social, los hospitales públicos de Buenos Aires contrataron firmas administradoras que recibían un porcentaje fijo de facturación¹⁶¹. Los costos administrativos y promocionales representaron el 19% de los gastos anuales de las ISAPRE chilenas, reduciendo así la proporción del presupuesto disponible para pagar por los servicios reales a los pacientes¹⁶².

Las organizaciones de atención gerenciada en América Latina atraían a los pacientes más saludables, mientras que los pacientes más enfermos tendían hacia el sector público. En Chile, las ISAPRE capturaban capitaciones para los trabajadores más jóvenes sin condiciones médicas crónicas. Como resultado, sólo el 3,2% de los pacientes cubiertos por las ISAPRE tenían más de sesenta años, en comparación con el 8,9% de la población en general y el 12% de los pacientes vistos en los hospitales y clínicas públicas¹⁶³. Aun cuando las ISAPRE privatizadas recibían subsidios del gobierno, la pequeña proporción de pacientes mayores y más enfermos para los cuales proveían atención, en contraste con la proporción atendida en las instituciones públicas de atención en salud, contribuía a la crisis financiera crónica del sector público.

Resistencia a la atención gerenciada y emergencia de propuestas alternativas

La exportación de la atención gerenciada encontró oposición, la cual variaba entre los países pero que en general incluía coaliciones entre los sindicatos, las asociaciones de profesionales, los educadores y las organizaciones indígenas y comunitarias. En Ecuador, tal coalición se resistió a la introducción de la atención gerenciada privada en los hospitales y clínicas públicos¹⁶⁴. En 1995, esta coalición organizó a los votantes en la preparación de un plebiscito nacional que consiguiera las preferencias de la población con respecto a la privatización de once sectores de la economía, incluidos la atención en salud, el petróleo, el transporte y las empresas de servicios públicos. En las once propuestas del plebiscito, aproximadamente dos tercios de los votantes ecuatorianos se opusieron a la privatización. Después del plebiscito, la coalición continuó resistiendo a la privatización y organizó campañas educativas respecto a la atención gerenciada como un componente de las iniciativas para privatizar los servicios del sector público. En Brasil, los médicos y los activistas de la salud pública se resistieron a la introducción de la atención gerenciada¹⁶⁵. Por ejemplo, los activistas afiliados con el *Partido dos Trabalhadores* brasileño se opusieron a la privatización de los servicios públicos que daba lugar a las organizaciones de atención gerenciada. Los funcionarios de gobierno que representaban este partido y elegidos en Brasilia, Santos, Rio de Janeiro y otras ciudades, trabajaron para oponerse a las

políticas de privatización y para implementar exitosamente propuestas alternativas que fortalecieran los servicios públicos a nivel municipal. Los miembros del Partido de los Trabajadores y otros activistas políticos hicieron énfasis en que la Constitución brasileña revisada de 1988 garantizaba el acceso a la atención en salud como un derecho de los ciudadanos, a ser brindado a través de un “servicio unificado de salud”. La organización en las legislaciones nacional y estatal llamó la atención sobre la contradicción entre los mandatos de la constitución y las políticas de privatización que fomentaban la introducción de la atención gerenciada bajo organizaciones con ánimo de lucro. Las asociaciones de médicos desafiaron los principios de la atención gerenciada y trabajaron en conjunto para ampliar su capacidad colectiva de negociación frente a las organizaciones de atención gerenciada. Un ejemplo involucra a UNIMED, una cooperativa que incluía a miles de médicos practicantes. UNIMED logró limitar el control de las organizaciones de atención gerenciada sobre las condiciones de la práctica médica y ayudó a bloquear las iniciativas para privatizar los servicios del sector público bajo el auspicio de la atención gerenciada.

Las organizaciones de atención gerenciada encontraron menos resistencia en otros países, como Argentina, Chile y Colombia, donde las dictaduras o gobiernos autoritarios anteriores facilitaron la privatización de los servicios públicos. De otra parte, las asociaciones de profesionales y los sindicatos organizaron campañas en contra de la entrada de las organizaciones de atención gerenciada en los sistemas públicos. En Chile, la asociación médica nacional, el Colegio Médico, se resistió a la expansión de las ISAPRE a través del uso del Fondo Nacional de Salud, FONASA. En Argentina, los profesionales de la salud colaboraron con la organización nacional de sindicatos, la Central de Trabajadores Argentinos, CTA, en esfuerzos educativos para fomentar el debate acerca de la privatización y la atención gerenciada. Como resultado de estos esfuerzos, un movimiento social intenso, especialmente en la provincia de Córdoba, impidió la privatización de los servicios públicos de salud y de seguridad social. Una coalición internacional de sindicatos representantes de los trabajadores del sector público, *Public Services International*, también ayudó a organizar la oposición a la atención gerenciada en varios países.

* * *

Las luchas contra la atención gerenciada como una manifestación de las políticas neoliberales continuaron a lo largo de los últimos años del presente del imperio. Tales esfuerzos reciben más atención en el último capítulo de este libro, que se enfoca en los lineamientos del cambio durante el breve futuro del imperio que queda. Mientras tanto, para entender más claramente cómo las políticas de “reforma” generaron sufrimiento e indignación durante el presente del imperio, paso ahora a la colaboración de las corporaciones multinacionales y las instituciones financieras internacionales en los dos países más poblados de América Latina. En estos países los violentos esfuerzos por imponer el modelo neoliberal finalmente fallaron. Tales esfuerzos y fracasos generaron preocupación y resistencia no sólo allí, sino, a través del ejemplo, en muchos otros países del mundo menos desarrollado.



Capítulo 9

Corporaciones, instituciones financieras internacionales y servicios de salud

La globalización generó grandes problemas en la atención en salud y la salud pública durante el presente del imperio. En este capítulo examino cómo la “reforma en salud”, guiada no muy amablemente por las corporaciones multinacionales y las instituciones financieras internacionales, tuvo lugar en los dos países más poblados de América Latina –México y Brasil¹⁶⁶–. Aunque he profundizado acerca de los componentes de estos problemas en capítulos anteriores, un breve resumen dará el contexto para comprender los eventos ocurridos en México y Brasil que abordaré después.

Influenciadas por quienes diseñaban las políticas públicas en Estados Unidos, las organizaciones como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio defendían las políticas que promovían la reducción y la privatización de la atención en salud y de los servicios de salud pública anteriormente ofrecidos por el sector público¹⁶⁷. Estas instituciones financieras internacionales intervinieron en las políticas sociales al exigir reformas importantes en la atención en salud y la seguridad social. Las condiciones de los préstamos y de las renegociaciones de los pagos de la deuda fueron las herramientas principales de influencia política utilizadas por las instituciones financieras internacionales. Tales políticas también afectaron la orientación de las organizaciones internacionales de salud, especialmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Estas organizaciones aceptaron la financiación del Banco Mundial y dieron inicio a programas influenciados por las políticas del Banco,

programas que favorecían la amplia participación de las corporaciones privadas, multinacionales, en los esfuerzos internacionales en materia de salud pública y en la prestación directa de servicios de salud.

Estos cambios se daban a medida que las corporaciones multinacionales se expandían por todo el mundo. La salida de las corporaciones a lugares extranjeros, con menores costos laborales y menos regulaciones ambientales, condujo a los trabajadores estadounidenses al desempleo y a la pérdida de los beneficios de la seguridad social¹⁶⁸. Como lo expongo en el capítulo anterior, las corporaciones aseguradoras y las organizaciones de atención gerenciada se enfrentaron a tasas de ganancia decrecientes en los mercados de EE.UU. e ingresaron en los mercados extranjeros, usualmente en busca de acceso a los fondos públicos de seguridad social designados para la atención en salud y la jubilación¹⁶⁹. Cuando las organizaciones de atención gerenciada enfocaron su mirada en los fondos fiduciarios extranjeros como una nueva fuente de capital, empezaron a retirarse de los mercados de Medicare y Medicaid en EE.UU. Los pacientes mayores y de bajos ingresos, muchos de ellos con condiciones médicas complejas y exigentes, se vieron obligados a enfrentar la interrupción de los servicios que necesitaban.

Los gobiernos de Estados Unidos y de los países de Europa Occidental, influenciados por las corporaciones multinacionales, ejercían su poder para lograr efectos desproporcionados en las políticas de la Organización Mundial del Comercio, así como en las de los tratados de comercio regionales. Por sus efectos sobre las políticas de salud, esta colaboración entre las naciones más ricas del mundo afectó inevitablemente la dirección que tomarían los esfuerzos de salud pública y la atención médica en los países menos desarrollados. De acuerdo con los analistas que observaron este fenómeno desde la perspectiva de Reino Unido, “cuando los EE.UU. y la UE [Unión Europea] están de acuerdo con la dirección que debe tomar un cambio regulatorio global, generalmente esa es la dirección que toma”¹⁷⁰. Los países menos desarrollados no ejercían una influencia similar, lo que significaba que sus preferencias no alcanzaban un lugar favorable en las negociaciones comerciales.

La “Reforma” en México

En 1995, el gobierno mexicano empezó a implementar reformas importantes en las políticas de salud y seguridad social, con el apoyo financiero del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. La estructura previa del sistema de salud mexicano se convirtió en el blanco de las reformas subsiguientes. El sistema de salud mexicano estaba dividido en dos subsistemas, el sistema de seguridad social y el Ministerio de Salud, cada uno atendía poblaciones diferentes.

La cobertura de seguridad social era obligatoria para los trabajadores formales, quienes generalmente eran empleados en grandes compañías o agencias de gobierno. Los trabajadores tenían a su favor los principios de “integridad, solidaridad, redistribución y administración pública” que guiaban al sistema nacional de seguridad social; esto es, los participantes pagaban de acuerdo con sus ingresos pero recibían los servicios de acuerdo con sus necesidades¹⁷¹. La seguridad social consistía de dos “institutos” paralelos: el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), cubría a los trabajadores del sector privado, mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) proveía los servicios para los trabajadores del sector público. Los miembros de la familia, además del mismo trabajador, recibían por lo menos algún tipo de cobertura con estos dos institutos. La seguridad social aumentó la cobertura de manera constante durante finales de los años ochenta y principios de los noventa, y eventualmente incorporó a los grupos previamente no-protegidos, como los estudiantes universitarios, los taxistas y los conductores de bus¹⁷².

En principio, el Ministerio de Salud era responsable por la atención en salud de la población “no asegurada” o “abierta”. Las clínicas y los hospitales públicos brindaban la mayoría de servicios para el Ministerio de Salud, financiados con impuestos del gobierno nacional y (en menor medida) de los gobiernos estatales. Aunque tradicionalmente el Ministerio proveía varios servicios, la atención integral en salud no llegó a toda la población elegible, en parte porque no existían clínicas y hospitales públicos en muchas áreas rurales. Durante los primeros años de la década del noventa, antes de la “reforma”, cerca de 10 millones de mexicanos carecían de acceso a cualquier tipo de atención en salud.

El gobierno mexicano presentó las características básicas de la reforma al Banco Mundial, antes de presentarlas ante el Congreso de México. En un documento del Banco Mundial de 1995, en el cual aparecía esta información¹⁷³, se mencionaban tres propuestas de posibles reformas en el sistema de seguridad social de México: cambiar las tasas de contribución empleado–empleador de progresivas a planas; permitir a los empleadores optar por no suscribirse al sistema de seguridad social, con el requisito de brindar a sus empleados acceso a organizaciones de atención gerenciada privadas; y permitir a las personas no aseguradas, con ingresos regulares, invertir en seguridad social¹⁷⁴. El documento también enumeraba varias estrategias de gobierno como parte de la reforma sanitaria, las cuales incluían: garantizar un “paquete básico” de servicios de cuidado preventivo y atención primaria; descentralizar la responsabilidad y la autoridad presupuestaria de los servicios; y reorientar el papel central del Ministerio de Salud hacia uno más normativo, enfatizando en la administración del sistema y no en la prestación directa de servicios. El objetivo final de la reforma era “tener la financiación de las instituciones públicas de Seguridad Social, pero no proveer servicios”¹⁷⁵. Este mismo documento se refería a la reforma como “compleja y riesgosa”, con posibles “consecuencias financieras dramáticas”¹⁷⁶.

Bajo la presión del Banco Mundial, el Congreso de México aprobó la reforma en 1995, a pesar de las protestas, las críticas, las movilizaciones y las propuestas alternativas, y la reforma se hizo efectiva en julio de 1997. Al transitar de la financiación y los servicios públicos a la administración y prestación de servicios privadas, la nueva ley de seguridad social abrió numerosas puertas a la inversión privada. Las organizaciones privadas de atención gerenciada podían entonces competir por los clientes asegurados por el IMSS, recibir recursos del Fondo de Salud y Seguridad Social, y adquirir servicios de los hospitales especializados del IMSS o de los Institutos Nacionales de Salud¹⁷⁷. La reforma de la seguridad social dejó el sistema abierto a la inversión privada mientras que al mismo tiempo transfería recursos del sector público al privado.

La “Reforma” en Brasil

En Brasil, tras la presión por parte de las instituciones financieras internacionales, particularmente del Fondo Monetario Internacional, el

gobierno redujo sustancialmente el gasto social, con serias consecuencias para los servicios de salud. Un amplio paquete de medidas, por demás controversiales, incluía la reducción del presupuesto para la salud en US \$854 millones en el año 1999¹⁷⁸. En cartas de intención al Fondo Monetario Internacional, el gobierno se comprometía a buscar alternativas que permitieran a las corporaciones multinacionales ganar acceso a los fondos públicos de seguridad social¹⁷⁹.

Antes de la “reforma”, el sistema de salud brasileño funcionaba como un sistema mixto público–privado. El sistema público operaba en dos vías: 1) los servicios eran tanto financiados como proporcionados por el sistema público, utilizando recursos e instalaciones públicas; y 2) los servicios eran proporcionados por el sector privado, donde no estaban disponibles los servicios o instalaciones públicas, pero eran financiados por el sector público. El sistema privado era llamado el “sistema suplementario”. Durante los años noventa, alrededor del 24,5% de la población brasileña tenía aseguramiento privado en salud, mientras el 75,5% de los brasileños recibían atención –o podrían recibirla potencialmente– en el sistema público.

Con estos acuerdos, las entidades privadas que trabajaban por contrato con el gobierno proporcionaban algunos servicios para el sistema público, el cual reembolsaba a los proveedores por los servicios proporcionados. Por ejemplo, los hospitales privados prestaban la mayoría de servicios hospitalarios con reembolso público; cerca del 80% de los hospitales que prestaban tales servicios al sistema público eran instalaciones privadas. En contraste, las instalaciones públicas brindaban cerca del 75% de la atención ambulatoria¹⁸⁰. Debido a que la constitución brasileña consideraba la atención en salud como un derecho constitucional garantizado por el gobierno federal para todos los brasileños¹⁸¹, cerca del 43% de la población asegurada por servicios privados también utilizaba el sistema público, especialmente para los procedimientos o tratamientos más complejos y costosos¹⁸². Pese a la gran proporción de la población que obtenía servicios del sistema público, este sector se volvió gradualmente más fragmentado y con fondos insuficientes.

La Constitución Federal promulgada en Brasil en 1988 buscaba implementar un Sistema Unificado de Salud (Sistema Único de Saúde, SUS). A lo largo del país, el Movimiento Sanitario (Movimento Sanitário), una extensa coalición que incluía a las asociaciones de profesionales,

a los sindicatos y a las organizaciones comunitarias, apoyaba al SUS, en parte como una crítica al modelo anterior que financiaba al sector privado con recursos públicos mientras debilitaba al sector público¹⁸³. Bajo la constitución de 1988, las empresas privadas podían participar en el SUS, pero sólo de forma suplementaria y por medio de contratos y acuerdos públicos. Dichas empresas tenían que proveer servicios gratuitos a la población cuando el SUS financiaba los servicios. Las leyes, decretadas para ofrecer procedimientos regulatorios consecuentes con la constitución, prohibían la asignación de los recursos públicos para ayudar o subsidiar a las instituciones privadas orientadas al lucro¹⁸⁴.

Oficialmente los principios básicos del SUS incluían la universalidad, la equidad en la atención y la integridad de las acciones, lo que significaba que el sistema público debía prestar los mismos servicios completos para toda la población sin restricciones y de acuerdo con las necesidades individuales. La financiación debía venir principalmente del presupuesto para el bienestar social del gobierno federal, de los estados, del distrito federal y de los municipios¹⁸⁵. Las medidas para establecer los mecanismos de asignación de fondos y para definir el modelo administrativo del SUS emergieron durante la década de los noventa a través de regulaciones ministeriales como las Normas Operacionales Básicas (*Normas Operacionais Básicas* [NOB] 91, 93, 96). La NOB 96 redefinía los roles y las responsabilidades de los estados, del distrito federal y del gobierno federal en el sector salud.

A mediados de los años noventa, las reformas del SUS implementaron el Programa de Salud de la Familia como un mecanismo para transferir recursos financieros del gobierno federal a los municipios. El Ministerio de Salud regulaba este programa, y los municipios tenían poca participación en su implementación. El programa resultó consecuente con el “plan de servicios básicos para los pobres” que el Banco Mundial había promovido activamente en los países menos desarrollados, en lugar de la atención integral que dictaba la constitución brasileña de 1988¹⁸⁶. La NOB 96 también permitía administrar los grandes hospitales públicos como “organizaciones sociales” (*Organizações Sociais*), un modelo que disociaba a las instituciones públicas de los gobiernos municipales y facilitaba la implementación de la atención gerenciada en el sector público¹⁸⁷.

Durante los últimos años de la década del noventa, el gobierno federal brasilero implementó una serie de cambios regulatorios que contradecían los principios de la constitución de 1988¹⁸⁸. Al autorizar explícitamente la participación directa o indirecta de las corporaciones extranjeras en la atención en salud, los cambios regulatorios no se adherían a los principios constitucionales que prohibían el subsidio público del sector privado con ánimo de lucro. Para 1999, Aetna, CIGNA y otras compañías de seguros importantes de los EE.UU. habían hecho considerables inversiones en Brasil. Sus filiales iniciaron operaciones de atención gerenciada con ánimo de lucro, en empresas conjuntas con firmas brasileras que evadían las restricciones a las actividades de las corporaciones extranjeras en Brasil¹⁸⁹.

La entrada de las corporaciones multinacionales

Durante el presente del imperio, las políticas de las instituciones financieras internacionales fomentaron las decisiones de “reforma” en México y Brasil que apoyaban y expandían el papel de las corporaciones multinacionales, principalmente las establecidas en Estados Unidos. En particular, las instituciones financieras internacionales defendían las reformas que privatizaban los servicios del sector público y los abrían a la propiedad o administración corporativa. Las reformas promovían un amplio rango de actividades lucrativas para las organizaciones de atención gerenciada, financiadas por los sistemas de seguridad social de esos países.

Innegablemente, existían problemas importantes en la atención en salud previos a las reformas en ambos países. La falta de recursos financieros afectaba al personal, el mantenimiento de los equipos y las instalaciones y el suministro de medicamentos; estos problemas llevaron al deterioro de las condiciones de trabajo y de la prestación de servicios. La disminución en los recursos del sector público, sin embargo, derivaba en gran parte de las políticas de ajuste estructural asumidas en los años ochenta; políticas que produjeron importantes reducciones en los presupuestos para la atención en salud, así como un desempleo generalizado y bajos salarios, que disminuyeron aún más las contribuciones a los sistemas de seguridad social¹⁹⁰. La corrupción y la ineficiencia, que caracterizaban los

sistemas de salud de ambos países antes de la “reforma”, no cambiaron sustancialmente con la privatización.

Los impactos de la atención gerenciada corporativa en los programas de atención en salud y de salud pública en México y Brasil fueron dramáticos. Estos incluían el acceso restringido para los grupos de pacientes vulnerables, y la reducción del gasto para los servicios clínicos como resultado del mayor gasto en la administración y en el reembolso a los inversores. Dado que los copagos exigidos por los planes de atención gerenciada crearon barreras de acceso, produjeron el aumento del uso y de la presión en las clínicas y los hospitales públicos¹⁹¹.

Los efectos de la reforma en México

En México, el Banco Mundial apoyó las reformas del sistema de seguridad social tanto en el componente de atención en salud como en el de pensiones, con préstamos de US \$700 millones y US \$25 millones para el primero, y dos préstamos de US \$400 millones cada uno para el segundo¹⁹². Estas reformas facilitaron la entrada del capital privado en el sistema de seguridad social. En la reforma de salud, la entrada ocurrió, en parte, dando a los pacientes la opción de salir de la cobertura del sistema de seguridad social y entrar en la cobertura de las organizaciones de atención gerenciada. El Banco Mundial señaló el potencial que tenía la reforma para debilitar los soportes financieros del sistema de seguridad social, debido a la elección adversa y a las prácticas “selectivas” —que dirigían a los pacientes más sanos hacia el sector privado y a los más enfermos hacia el sector público—. Estas prácticas movilizaban los “riesgos buenos” del sistema de seguridad social hacia las organizaciones de atención gerenciada, mientras dejaba al sistema de seguridad social con los “riesgos relativamente malos”, que contribuían menos al sistema pero hacían mayor uso del mismo¹⁹³. Pese a estas preocupaciones, una de las condiciones del Banco Mundial para que México tuviera acceso a los préstamos que apoyaban la reforma era que algunas organizaciones de atención gerenciada estuvieran operando para el año 2000¹⁹⁴.

La reforma de salud mexicana incluía un paquete para la población “no asegurable” en las áreas rurales o urbanas pobres. Los proponentes describían la medida como un “paquete esencial de salud” que proveería “cobertura universal”. El paquete contenía intervenciones de salud

pública específicas y servicios clínicos “costo–eficientes” ofrecidos por fuera de los hospitales (la costo–eficiencia era estimada en años de vida ajustados según discapacidad, AVAD; para una crítica de la metodología de los AVAD, véase el capítulo 7). Los componentes del paquete incluían servicios sanitarios básicos a nivel doméstico; planificación familiar; citologías para detectar cáncer cervical; cuidado prenatal, en el parto y posparto; vigilancia en la nutrición y crecimiento infantiles; vacunación; atención ambulatoria en las clínicas para la gente con diarrea; tratamiento antiparasitario familiar; tratamiento ambulatorio para la enfermedad respiratoria aguda; prevención y atención ambulatoria para hipertensión y diabetes; prevención de accidentes y primeros auxilios; y entrenamiento comunitario para el autocuidado¹⁹⁵. Estos elementos del paquete se convirtieron en la base de las reformas nacionales en el 2004 bajo el partido de centro–derecha, Partido de Acción Nacional, PAN, que ganó el control del gobierno federal en el año 2000¹⁹⁶. Pese a cubrir estos servicios, el plan esencial de salud excluía el tratamiento de muchas condiciones importantes, incluyendo las enfermedades cardíacas, los infartos, los trastornos congénitos en los niños, las enfermedades gastrointestinales diferentes a la diarrea, la enfermedad renal y el cáncer. El paquete de salud esencial se asemejaba a los paquetes básicos promovidos por el Banco Mundial en otros países menos desarrollados, reflejando el papel fundamental del Banco en el diseño de las reformas mexicanas.

Si bien era gratuito, el paquete esencial excluía muchos de los servicios que el Ministerio de Salud brindaba tradicionalmente a los pobres; por ejemplo, aunque el paquete esencial incluía el examen preventivo del cáncer cervical por citología y la atención ambulatoria para hipertensión y diabetes, no cubría el tratamiento para el cáncer cervical detectado por la citología o el tratamiento hospitalario para las complicaciones de la hipertensión y la diabetes, como la enfermedad cardíaca, la enfermedad renal y el infarto. Concretamente, esta brecha en la cobertura significaba que todos los servicios no incluidos en el paquete serían cobrados directamente al paciente o serían financiados por los gobiernos estatales en México, con capacidad limitada para tomar decisiones independientes o recaudar impuestos. Los servicios no incluidos en el paquete debían ser contratados a través del aseguramiento público o privado; este abordaje requería mayor participación por parte de las organizaciones privadas de atención gerenciada, con ánimo de lucro, para proveer dichos servicios¹⁹⁷.

Previsiblemente, los pacientes que desarrollaban problemas que requerían servicios excluidos del paquete esencial o bien no recibían los servicios adecuados, o recibían atención limitada en las instituciones de salud del sector público que tuvieron recortes de presupuesto debido a la reforma. Antes de la reforma, la combinación de la cobertura de seguridad social y los servicios provistos por el Ministerio de Salud permanecían lejos de ser integrales para toda la población. No obstante, el sistema de seguridad social había ofrecido al menos alguna cobertura a todos los miembros, mientras que el Ministerio de Salud había provisto una gran variedad de servicios para la población no asegurada.

Con la reforma, aunque los planes de seguros de salud privados variaban, emergieron diversos asuntos clave, incluso para aquellos que podían costear la compra de pólizas privadas. Los copagos para las citas médicas de rutina podían llegar a ser tan altos como el 65% de los cobros por las citas. Para la atención especializada, el deducible podía llegar a cerca del 30% de la cobertura total. El seguro privado generalmente excluía las prescripciones de medicamentos. Los empleadores podían ofrecer la cobertura de seguros privados sin que los empleados pagaran primas; por lo tanto, se promovía como un plan “gratis” entre los paquetes de beneficios. Cuando un empleador proporcionaba primas sin contribuciones del empleado, la corporación podía declarar un gasto deducible de impuestos. Aunque a los empleados no se les exigía hacer contribuciones a las primas, en general eran necesarios copagos considerables y los empleados no podían elegir entre la seguridad social y otros tipos de seguros privados. Los empleados a menudo tenían que adquirir cobertura adicional, más allá de lo que se ofrecía como un beneficio complementario del empleo.

Los efectos de la reforma en Brasil

Las compañías privadas en Brasil también adoptaron varias características clásicas de la atención gerenciada, por ejemplo, emplearon mecanismos para restringir la utilización de servicios, incluyendo la negación de la atención, la negación del reembolso a los médicos por procedimientos, la finalización arbitraria de los contratos con los médicos y la preferencia por ciertas redes de proveedores privados. Los planes de seguros de salud privados aumentaron, así como las quejas de los pacientes debido

a la negación de los servicios¹⁹⁸. Aunque la Ley de Planes de Salud de 1998 (*Lei 9, 656*) protegía oficialmente a los consumidores de las prácticas arbitrarias de las compañías de seguros, como la fragmentación de los planes y los aumentos no previstos de las primas, las compañías encontraban las maneras de evadir la ley. Las quejas acerca del aumento de las primas, las restricciones en las citas médicas y las hospitalizaciones, y los contratos que no se ajustaban a la legislación continuaron después de que la ley fue promulgada. Los contratos nuevos con frecuencia no cubrían los servicios mínimos exigidos por la legislación. Al mismo tiempo, las compañías de seguros reportaban grandes ganancias.

Para finales del año 2000 una comisión designada por el Congreso brasileño inició investigaciones financieras respecto a las prácticas de estas compañías¹⁹⁹. La legislación finalmente forzó a las compañías a cumplir con las leyes de seguros y en alguna medida limitó las prácticas “selectivas”. Estas acciones incrementaron los costos para las compañías, las cuales aumentaron el costo de las primas para mantener las ganancias. La disminución en el número de personas aseguradas por el sector privado, de 41 millones en 1998 a 35,1 millones en 2003, reflejó la incapacidad de muchos clientes para pagar las elevadas primas²⁰⁰. Estos cambios también resaltaron la dificultad financiera del sistema público para acoger a quienes se pasaron del sistema privado al público.

La desinversión en el sector público llevó a la reducción en la prestación de servicios. Una reducción del 2,5% de los fondos asignados al sector público en salud se dio en el presupuesto de 1999–2000²⁰¹, y en general el presupuesto no siguió el ritmo del crecimiento poblacional. Paradójicamente, los procedimientos especializados y costosos seguían dándose principalmente en el sector público, y aquellos cubiertos por los seguros privados utilizaban las instalaciones públicas cuando necesitaban tales servicios²⁰². Algunos profesionales afirmaban que para proveer atención en salud a los pacientes privados sin afectar los servicios para los pacientes del SUS, los hospitales públicos debían aumentar el número de camas. Este cambio ocurrió inicialmente en el hospital de la Universidad de Río de Janeiro, el cual se expandió con el apoyo financiero del Banco Nacional de Economía y Desarrollo Social para prestar atención a los pacientes de los seguros privados²⁰³. La mezcla creciente de financiación público–privada en los hospitales públicos ejerció presiones financieras

que amenazaron el acceso de los pacientes que dependían únicamente del sector público.

Vicisitudes de la privatización y la corporativización

Durante el presente del imperio, la privatización de los servicios del sector público y su apertura a la participación corporativa produjeron efectos perjudiciales en el mundo menos desarrollado. Como se mostró en los ejemplos de México y Brasil, las instituciones financieras internacionales y las corporaciones multinacionales influyeron en las reformas que, aunque favorables para los intereses corporativos, empeoraron el acceso a los servicios requeridos y presionaron a las limitadas instituciones del sector público que quedaban. Las decisiones de la reforma continuaron, pese a que la investigación verificó las predicciones de que las políticas empeorarían el acceso y los resultados de la atención en salud entre las poblaciones más vulnerables. Las reformas apoyadas por el Banco Mundial y otras instituciones financieras internacionales amenazaban a los sistemas de seguridad social de los países, mientras proveían “paquetes” de servicios básicos que dejaban muchas necesidades sin cubrir.

La legitimidad de estos cambios en las políticas contribuyó a menudo con el desmantelamiento del sector público. En México, por ejemplo, fue necesario “un periodo de gestación de casi una década”, durante el cual las instituciones públicas fueron debilitadas y desacreditadas gradualmente, para legitimar la reforma²⁰⁴. También la crisis del sistema público, como los recortes en medicamentos y el deterioro de las condiciones de las clínicas y hospitales públicos, derivó de decisiones políticas tomadas por los mismos actores que se volvieron defensores de la privatización. Estos ejemplos muestran cómo los gobiernos, en colaboración con las instituciones financieras internacionales y las corporaciones multinacionales, pudieron crear crisis artificiales y luego utilizarlas para construir sus argumentos a favor de la privatización.

* * *

¿Por qué la gente alrededor del mundo accedió a los esquemas de privatización y a la entrada de las corporaciones en sus sistemas de salud? Surgieron nuevos discursos ideológicos durante el presente del imperio que desafiaron el papel de los servicios del sector público y transformaron las expectativas de la gente de cara a las crecientes crisis. Los “expertos” en políticas de salud construyeron un nuevo sentido común, que justificaba las políticas que produjeron el desmantelamiento de los sistemas públicos y la imposición de los sistemas privatizados. Cómo ganaron dominio los soportes ideológicos de esas políticas es el próximo foco de interés en nuestro trayecto por el presente del imperio.



Capítulo 10

El “sentido común” de la reforma a la salud

¿Cómo se construyó ideológicamente la reforma a la salud durante el presente del imperio?²⁰⁵. Durante los periodos históricos anteriores, las discusiones sobre la reforma de salud surgieron periódicamente. La mayoría de los conceptos que después recibieron atención – eficiencia, efectividad, análisis costo–beneficio, libertad de elección, descentralización, participación comunitaria, etc.– también aparecieron durante las décadas de 1950 y 1960, para motivar las transformaciones de la organización de la atención en salud²⁰⁶.

Por ejemplo, dos informes de consultas sobre la organización de la atención en salud en Argentina, presentados en 1957 por expertos de la Organización Panamericana de la Salud, expresaban ejemplos claros de las posiciones políticas anteriores²⁰⁷. Los extensos informes recomendaban que el gobierno argentino reestructurara el sistema de salud, comenzando con la descentralización de la autoridad administrativa. Los informes también se presentaban a favor del entrenamiento del personal de atención en salud en el uso de técnicas de análisis costo–beneficio y en principios administrativos relacionados. El propósito central era lograr instituciones más eficientes que pudieran mantener una adecuada relación costo–beneficio. Las políticas de salud eran vistas, en parte, dentro del modelo económico general de acumulación capitalista, que estaba basado en el pleno empleo, la producción de bienes y servicios por las empresas del Estado y la disposición de mano de obra educada y saludable. En este contexto, las nociones utilizadas en las propuestas para la reorganización de los sistemas de salud incluían la concepción de la salud como un bien público y como una responsabilidad del Estado²⁰⁸.

Desde mediados de los años ochenta, temprano en el presente del imperio, algunos “expertos” en el campo de la atención en salud recapturaron estos conceptos, que, decían, podían responder a la crisis de financiamiento de los sistemas de salud. Los conceptos anteriores cambiaron, y sus nuevos significados emergieron en un contexto político–económico diferente. Los conceptos emergentes de la reforma intentaban hacer frente a la crisis del modelo de acumulación capitalista que se daba desde mediados de los años setenta: la recesión global intermitente, las transformaciones profundas en las formas de producción que incluían la informática y la robotización, el dominio en expansión del capital financiero en el sistema económico mundial, la creciente deuda interna y externa de los países del tercer mundo, el crecimiento del déficit fiscal, las altas tasas de inflación, los problemas en la balanza de pagos y el desempleo²⁰⁹.

Esta situación implicó cambios fundamentales en el papel del Estado. Como parte de las políticas de ajuste estructural, las instituciones financieras internacionales exigieron una reducción en el gasto público, el control de la expansión monetaria, y la reforma de la estructura misma del Estado. Esta visión identificaba al Estado como la causa de la crisis, debido a su ineficiencia en la administración de empresas productivas (petróleo, acero, etc.) y de servicios (comunicación y transporte), así como sus crecientes gastos sociales (salud, educación y seguridad social). Los requisitos para la reforma del Estado incluyeron cuatro elementos principales, los cuales tendían a permanecer ocultos o implícitos en el discurso de política pública: una mayor necesidad de capital privado para sostener las áreas de producción y servicios que el Estado sostenía anteriormente; una mayor necesidad de invertir grandes excedentes de capital líquido; una decreciente necesidad de mano de obra, derivada en parte de la transformación de la producción debido a los desarrollos en informática; y el reducido riesgo para los países económicamente dominantes cuyas élites deseaban invertir en los países menos desarrollados²¹⁰. Las nuevas dimensiones de la ideología brindaban la justificación para las reformas que cumplieran con estos requerimientos.

Bases ideológicas de la reforma a la salud

En los dos capítulos anteriores examiné la exportación desde los Estados Unidos de la atención gerenciada y el papel de las corporaciones

multinacionales y de las instituciones financieras internacionales en las grandes reformas de la salud que tuvieron lugar en México y Brasil durante el presente del imperio; aquí reexaminó estos procesos, para enfocarme en sus sustentos ideológicos. Tales ideologías aparecieron en los discursos oficiales que aceptaban la inexorabilidad de las reformas propuestas como parte de un nuevo “sentido común” acerca de la posición del Estado en relación con las actividades económicas de las corporaciones privadas²¹¹.

Las reformas administrativas y financieras que suponían la atención gerenciada consideraban que el aumento de los costos de la atención en salud era la causa principal de la crisis del sector salud. Por esta razón, las reformas exigían un intermediario entre los proveedores y los usuarios, para separar la administración financiera de la prestación de servicios. Las propuestas de atención gerenciada implicaban la introducción de empresas (estatales, privadas o mixtas) que administraran la financiación bajo el concepto del riesgo compartido (sistemas por capitación). Estas empresas contrataban grupos de profesionales que proporcionaban servicios de apoyo al Estado²¹².

Supuestos ideológicos en un silencioso proceso de reforma

En la elaboración de los presupuestos del sector público, los administradores planearon las reformas para que respondieran a la demanda, más que a la prestación de servicios; esta forma de abordarlas permitió una reducción de los costos fijos y una administración más eficiente de los recursos, dado que los excesivos servicios estaban controlados y la financiación se dirigía hacia proveedores presuntamente de mejor calidad. De acuerdo con esta lógica, para obtener financiación, los proveedores –incluidos aquellos en el sector público, como hospitales y clínicas públicas– eran forzados a reducir sus costos y a ofrecer servicios al menos superficialmente de mayor calidad (los intentos por transmitir calidad a menudo incluían mejoras cosméticas como pintar más frecuentemente y compra de muebles más estilizados). Los discursos que respaldaban estas políticas enfatizaban en el supuesto de que si los compradores sentían que tenían el control de sus pagos por los servicios, ayudarían a controlar los precios y a mejorar la calidad, dado

que los compradores elegían a los proveedores que ofrecían los mejores servicios con el menor precio²¹³. Estos discursos también asumían que los servicios del sector público habían resultado ineficientes e impopulares, y habían llevado a la insatisfacción generalizada entre los consumidores, aun cuando había poca evidencia que mostrara una mayor insatisfacción con los servicios del sector público que con los del sector privado.

Las propuestas de reforma, cuyo marco de referencia provenía principalmente de Estados Unidos, produjeron cambios fundamentales en la práctica clínica. Estos cambios implicaban la subordinación de los profesionales de la salud a una lógica financiera–administrativa. Adicionalmente, tuvo lugar una reducción drástica de la práctica profesional independiente, dado que los profesionales necesitaban ofrecer sus servicios a las compañías de seguros o a los propietarios de los grandes centros médicos²¹⁴.

El proceso político que acompañó las reformas fue, en general, silencioso, limitado a la rama ejecutiva del gobierno. Lograr que el diseño de las políticas fuera un proceso silencioso constituía un objetivo explícito, que surgió del acuerdo entre los funcionarios de la rama ejecutiva y los administradores de las instituciones financieras internacionales tales como el Banco Mundial²¹⁵. Este silencio generalmente segmentaba el proceso de elaboración de las políticas y por lo tanto reducía el conflicto político. Las políticas de reforma se dirigieron secuencialmente al sector público, al sector privado o al sistema de seguridad social, pero no adoptaron una aproximación unificada al sistema de salud como un todo. En general, la implementación de las políticas evadía el debate en la rama legislativa. Por esta razón, los decretos presidenciales o las regulaciones ministeriales eran las formas más comunes como la rama ejecutiva implementaba las políticas de reforma²¹⁶.

En cada etapa, entre los funcionarios que planeaban e implementaban las reformas, estaban involucrados sólo los que participaban en cada subsector (público, privado o seguridad social médica); esta aproximación entorpecía la perspectiva social de la reforma. Al interior de cada subsector los participantes intentaron adaptar los procesos de reforma sin reconocer el impacto en los otros subsectores; por ejemplo, los cambios en la política dirigidos hacia el subsector privado no fueron considerados en el ámbito de los actores del sector público o en el subsector de la seguridad social. Esta tendencia a la segmentación separó

a los participantes en asociaciones profesionales, sindicatos profesionales y no profesionales del subsector estatal, sindicatos que supervisaban los sistemas de seguridad social, administradores de los ministerios de salud y empresarios del sector privado²¹⁷. Sin embargo, en parte debido al silencio en los procesos de reforma, los cambios resultantes en la política realmente alcanzaron una profunda articulación de los tres subsectores que no había sido alcanzada previamente en la mayoría de los países latinoamericanos pese a haber hecho explícita durante mucho tiempo la necesidad de dicha articulación. Los intereses privados y especialmente el capital financiero multinacional, sin embargo, controlaban la articulación.

Una transformación del sentido común

En respuesta a la crisis financiera de la década de los noventa, la mayoría de los gobiernos latinoamericanos aceptaron las posiciones ideológicas de las instituciones financieras internacionales: el Banco Mundial, el Banco de Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional. Las políticas favorecidas implicaron un incremento en la deuda, la apertura de las economías nacionales al capital financiero y a la producción multinacional y la reestructuración del Estado vía privatizaciones y reducción de gastos, lo que afectó tanto la producción industrial como el gasto público para la salud y otros servicios²¹⁸. Esta orientación, que en general implicaba supuestos ideológicos que apoyaban el papel del sector privado por encima del sector público, dio el ímpetu a los planes de ajuste estructural, cuya ejecución dependía del acceso a recursos financieros internacionales adicionales²¹⁹. En la reforma a la salud, el ajuste estructural implicaba que los gobiernos latinoamericanos aceptaran los proyectos de reforma iniciados por los organismos multilaterales de crédito, especialmente por el Banco Mundial. Al consentir los requisitos del ajuste estructural, los gobiernos tuvieron acceso a préstamos, pero también permitieron mayores recortes en los servicios públicos.

En Argentina, por ejemplo, a finales de 1991, comenzó la reformulación de los proyectos de salud que recibían financiación del Banco Mundial. Los préstamos del Banco Mundial se dirigían anteriormente a cuatro esferas de actividad: la descentralización hospitalaria, el desarrollo de recursos humanos, la implementación de sistemas de información de

salud y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con la modificación de las políticas del Banco Mundial, los préstamos exigían que los nuevos proyectos se centraran en la reforma de las instituciones públicas de atención médica (hospitales auto-gerenciados) y en la desregulación de los fondos de seguridad social. El propósito de estas políticas era reducir la participación del Estado en la financiación, administración y prestación de servicios, y aumentar el papel del sector privado²²⁰.

Gradualmente, la conceptualización de la salud, de la enfermedad y de los servicios de salud se transformó hacia un nuevo “sentido común”. Los proyectos de reforma de salud, llevados a cabo con préstamos internacionales, suponían la elaboración de normas legales (leyes, ordenanzas y resoluciones ministeriales) que resonaran con el nuevo discurso, vinculado a la crisis del estado de bienestar. En los pronunciamientos oficiales, la atención en salud dejó de ser un derecho universal por cuyo cumplimiento el Estado asumía la responsabilidad, y más bien se convirtió en un bien de mercado que los individuos podían adquirir mediante una compra.

Con este cambio fundamental en el significado, la salud se transformó completamente de un bien público a un bien privado²²¹. Esta metamorfosis del sentido común se manifestó a sí misma no sólo en los discursos acerca de la reforma a la salud, sino también en las experiencias vividas por la población en el acceso a los servicios. Finalmente, esta transformación se extendió hacia muchas otras áreas de la vida colectiva –incluidas la educación, el transporte, las comunicaciones y la justicia criminal–, además de la atención en salud. Las políticas que regulaban todas estas esferas adoptaron con el tiempo un marco ideológico similar.

La ideología y la reconstrucción del sentido común

Poco a poco durante el presente del imperio, las poblaciones alrededor del mundo aceptaron, en general sin mayor crítica u oposición, los discursos oficiales que exigían reformas en la política pública para enfrentar la idea, cuidadosamente construida, de la crisis. Tales reformas incluían la privatización de las empresas y servicios públicos, así como la reducción del gasto social. En la firmeza de los discursos oficiales la gente encontró una fuente de esperanza y reencontró la sensación de un proyecto social

compartido. Específicamente, el proyecto social compartido era el exigido por el ajuste estructural: reducir el papel del sector público y aumentar los procesos privados orientados al mercado. De esta forma, las situaciones sociales se volvieron más fáciles de comprender, y la experiencia vivida fue vista como inevitable aun cuando la vida diaria pudiera parecer injusta y dolorosa.

El sentido común transformado se convirtió así en un componente fundamental del pegamento social que llenó las fisuras, suavizó las contradicciones artificialmente, e hizo posible una cómoda coexistencia de antagonismos. Esta transformación de la consciencia consiguió una experiencia compartida subjetiva de las condiciones sociales, aun cuando los individuos ocupaban posiciones muy diferentes en la estructura social. La subjetividad resultante se volvió una verdad compartida en la aceptación de una dirección común para la sociedad como un todo²²².

En políticas de salud, muchos de los denominados expertos contribuyeron en la construcción de este nuevo sentido común, sobre la base de varias ideas esenciales desde las cuales repensar el sistema:

- La crisis de la salud se originó en causas financieras.
- El gerenciamiento introdujo una nueva e indispensable racionalidad administrativa para resolver la crisis.
- Era esencial subordinar a esta nueva racionalidad las decisiones clínicas si se deseaba reducir los costos.
- La eficiencia aumentaba si se separaba la financiación de la prestación de servicios y si la competencia era generalizada entre todos los subsectores (estatal, seguridad social, y privado).
- El mercado de la salud debía ser desarrollado porque era el mejor regulador de costos y calidad.
- La demanda debía ser subsidiada, no la oferta.
- Hacer flexibles las relaciones laborales constituía el mejor mecanismo para conseguir eficiencia, productividad y calidad.
- La administración privada era más eficiente y menos corrupta que la administración pública.
- Los pagos por la seguridad social eran propiedad de cada trabajador.
- La desregulación de la seguridad social permitía al usuario libertad de elección y la capacidad de optar por el mejor administrador de sus fondos.

- El paso de usuario/paciente/beneficiario a cliente/consumidor aseguraba que los derechos fueran respetados.
- La calidad se aseguraba al promover la satisfacción del cliente.

Estos componentes de la ideología, resumidos brevemente aquí, dieron forma a las experiencias de la gente más profundamente en los países donde los procesos fueron introducidos con más fuerza, como en Argentina y Chile. En otros países, como Brasil y Ecuador, los procesos ideológicos encontraron sociedades civiles más dispuestas a cuestionar estas propuestas. En muchos países menos desarrollados, sin embargo, se dieron varios grados de transnacionalización, privatización y reorganización en las corporaciones de atención gerenciada. Estos cambios, apoyados por las instituciones financieras internacionales, consiguieron una justificación ideológica por medio de una reconstrucción profunda del sentido común, con la cual las experiencias vividas por la población eran interpretadas y entendidas.

Durante el presente del imperio, la reforma de los sistemas de salud presentó una lógica característica promulgada por las instituciones financieras internacionales y por las corporaciones multinacionales. Dentro de esta lógica se hicieron diagnósticos de los problemas socialmente construidos y de las crisis que requerían cierto tipo de reformas. La lógica aplicaba a las reformas llevadas a cabo por los gobiernos, las llevadas a cabo por las agencias multilaterales de crédito y cooperación, y las iniciadas por las corporaciones de capital financiero nacional e internacional. Las propuestas de reforma enunciaban diagnósticos que contenían cierto grado de veracidad en su crítica al Estado y al sector público. Por esa razón, el sentido común expresado por estas propuestas tuvo aceptación a nivel ideológico, tanto de la población como un todo, como de muchos trabajadores e intelectuales en el campo de la atención en salud.

Desde esta perspectiva, los diagnósticos que hablaban de ineficiencia en la administración de las instituciones del Estado y de la seguridad social, de recortes en los recursos que limitaban el acceso, de la excesiva burocratización, de la capacidad limitada de respuesta a las demandas de la población, de los costos en aumento, etc. –todas estas realidades construidas se volvieron verdaderas, compartidas cada vez más por los usuarios y los trabajadores de la salud como parte de sus experiencias vividas–. Esas experiencias crearon el sustrato de apoyo

para la aceptación del discurso que se dio por sentado como base para los proyectos de reforma, a medida que las propuestas de reforma integraban tales experiencias dentro de sus propias racionalidades, se revelaban como naturales y evidentes. Esta condición hizo posible la modificación ideológica del sentido común con respecto a los procesos de salud, enfermedad y servicios, haciendo que poco a poco la concepción que pretendía comercializar todas las relaciones establecidas en estos procesos luciera natural.

Los supuestos mantenidos durante muchos años, especialmente por los defensores de la salud pública, que transmitían la idea de que la salud constituía una responsabilidad del Estado y un bien público, cedieron su lugar a los discursos de la economía y los análisis de política pública, que transmitían una construcción de complejidad. En estos últimos discursos, las personas y sus problemas tendían a desaparecer y casi todo se transformó en preguntas abstractas sobre los recursos financieros y su escasez o la ineffectividad de su administración. Desde esta posición ideológica, el único objetivo importante era la reorganización de las instituciones, de tal forma que pudieran actuar eficientemente y mantener un ratio costo–beneficio apropiado. La pregunta central llegó a ser cómo administrar las instituciones del Estado y los fondos de seguridad social bajo auspicios privados con ánimo de lucro.

Con la certeza sobre el carácter indispensable del cambio en el sistema de salud, muchos actores vinculados con la reforma aceptaron los instrumentos desarrollados por las organizaciones de atención gerenciada, la industria privada de seguros, otras corporaciones multinacionales, y las instituciones financieras internacionales. Tales actores elaboraron discursos que, mientras trataban de diferenciarse del proyecto neoliberal, en muchos casos permanecían atrapados en esa lógica. Las propuestas técnicas estaban enmarcadas de este modo en el posibilismo característico del pensamiento posmoderno. Esta orientación no reconocía alternativas para negociar la realidad que no fueran las presentadas por ellos mismos²²³. Como resultado, los discursos que en muchas instancias no se comprometían con el proyecto neoliberal en su totalidad, facilitaban sin embargo la implementación de la reforma bajo el liderazgo corporativo.

Algunos trataron de pensar y hablar de manera más crítica en contra de la veracidad del diagnóstico, aquellos que ofrecían soluciones en beneficio de la mayoría de la población pero que realmente representaban

a los sectores más concentrados del capital financiero. Tales voces argumentaban que el sentido común no constituía la verdad, sino la imposición de unas normas definidas en gran medida por los intereses financieros. El pensamiento crítico, como lo analizaron Benasayag y Charlton en una formulación que se volvió influyente especialmente en América Latina y Europa, suponía un movimiento reflexivo de la conciencia con respecto a los puntos de vista comúnmente enunciados, la capacidad de “denunciar” esos puntos de vista en la forma en la que se construyeron. No necesariamente de oposición, ni en un nivel superior al sentido común, el pensamiento crítico desde este punto de vista operaba en otro registro que cuestionaba las ideologías hegemónicas del momento. Mientras el sentido común funcionaba presumiblemente como un sexto sentido capaz de aprehender el orden del mundo exterior y de enunciar lo que era “normal y natural”, el pensamiento crítico puso su atención en las opiniones comúnmente enunciadas y problematizó aquello que parecía evidente²²⁴.

Vista a través de un lente crítico, la reforma de salud de la manera que era percibida por los discursos oficiales no constituía la única opción, ni necesariamente la mejor, para tratar con la salud de una población. Al contrario, tarde en el presente del imperio, muchos grupos trabajaron en proyectos alternativos. En América Latina, para considerar solamente una región, numerosas organizaciones defendieron la salud como un bien público. Estos grupos consiguieron más influencia gradualmente, dado que cuestionaban el sentido común de la reforma de salud y proponían alternativas, las que generalmente pedían un sector público fortalecido y no debilitado que garantizara el acceso a la atención en salud como un derecho humano fundamental. A pesar del enorme impacto que el nuevo sentido común ejerció en la reforma de salud durante el presente del imperio, los esfuerzos para construir proyectos alternativos, llevados a cabo en espacios específicos (institucionales, comunitarios, municipales, o estatales), no perdieron de vista las ideas contestatarias que triunfarían eventualmente, cuando el imperio se agotara a sí mismo.

* * *

Pese a vivir y trabajar con las ideologías expresadas en el sentido común de la reforma de salud, las personas que confrontaban los problemas clave de la medicina y de la salud pública durante el presente del imperio construían sus realidades en formas un tanto diferentes. ¿Cómo formularon sus posiciones los protagonistas en las agencias gubernamentales, instituciones financieras internacionales, organizaciones de salud internacionales y corporaciones multinacionales? ¿Cómo expresaron sus propios puntos de vista las personas que rechazaron el sentido común y trataron de construir proyectos alternativos? El próximo capítulo intenta contestar estas preguntas.



Capítulo 11

Las construcciones de los actores involucrados en el comercio global, la salud pública y los servicios de salud

Durante el presente del imperio emergieron puntos de vista divergentes acerca del impacto del comercio global en la salud pública y los servicios de salud. Las interpretaciones que conectaban el comercio y la salud variaban, dependiendo de los intereses e ideologías institucionales de los protagonistas²²⁵. Los puntos de vista sobre los efectos favorables o desfavorables del comercio en la salud reflejaban supuestos más generales acerca de cómo las fuerzas del mercado afectaban la salud y el bienestar.

Este capítulo examina las actitudes, decisiones y acciones de los grandes grupos participantes en los debates de las políticas acerca de la globalización, la salud pública y los servicios de salud: agencias de gobierno, instituciones financieras y organizaciones de comercio internacionales, organizaciones internacionales de salud, corporaciones multinacionales y grupos de presión²²⁶. La construcción oficial de las políticas de esas organizaciones, como se reveló en los documentos formales y en los comentarios informales durante las entrevistas, difería –en algunos casos muy marcadamente– de las acciones de las organizaciones en la arena del comercio global. En cambio, estas construcciones coincidían más cercanamente con el “sentido común” ideológico de las políticas de salud, como se reveló en el capítulo anterior.

Agencias gubernamentales

Las orientaciones políticas de las agencias gubernamentales de EE.UU. durante el presente del imperio enfatizaron en la importancia de la salud

pública y los servicios de salud para proteger los intereses de EE.UU. en el mundo. Más que ver la salud como un fin en sí mismo, los postulados públicos de estas agencias usualmente promovían las iniciativas en salud como una forma de impulsar los intereses de EE.UU. Por ejemplo, en un momento el sitio web oficial de salud global del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. aclaró este énfasis sobre el papel de los intereses nacionales del país en la promoción de la salud en todo el mundo: “La salud de los americanos es una preocupación global. Los Estados Unidos deben establecer una política de salud a nivel global para proteger la salud de los americanos y para proteger los intereses vitales de América”²²⁷. Este punto de vista se inscribía en la orientación normativa gubernamental estadounidense de vieja data al respecto de la globalización, enunciada por Henry Kissinger, la cual enfatizaba en el dominio del país entre las naciones: “el desafío básico es que lo que se llama globalización es en verdad otro nombre empleado para definir la posición dominante de los Estados Unidos”²²⁸.

Los funcionarios del gobierno de EE.UU. describieron la importancia del equilibrio entre comercio y salud en las decisiones de política pública y reconocieron las contradicciones que surgían en la promoción del comercio. Desde este punto de vista, los funcionarios responsables de las negociaciones sopesaron las ventajas para el comercio contra las desventajas para la salud. Como dijo en una entrevista²²⁹ el director de las negociaciones para un importante tratado de comercio internacional de la Oficina de Representantes de Comercio de EE.UU., esta tarea imponía retos:

Existe la opinión de que las políticas de salud son tan importantes como las políticas de comercio. Existe un equilibrio entre ellas, que incluye proteger la salud humana y proteger el comercio, los derechos de los inversionistas, los derechos de propiedad intelectual; el objetivo es encontrar el equilibrio.

El entrevistado entonces describió este equilibrio con más detalle:

Sin ese equilibrio, el sistema colapsa, no se obtiene inversión si esta no se puede proteger; pero si no se puede proteger la salud de la población y las actividades que protegen su salud, no se obtiene su apoyo y entonces no se obtiene inversión en el sistema.

Esta construcción de sentido reconocía que el comercio podría impactar adversamente la salud, y que la responsabilidad de este problema se adjudicaba a los funcionarios de gobierno como él mismo.

Desde este punto de vista, el comercio global generó mejores condiciones económicas, las cuales, a su turno, llevaron a la mejoría de los servicios de salud. De forma semejante, los tratados de comercio entre los gobiernos prosperaron y mejoraron el acceso a la atención:

Creo que una forma de analizarlo es que remover las barreras al comercio y a la inversión ayuda a la prosperidad y mejora los estándares de vida de las personas en los países involucrados. A su vez, a medida que se eleva el estándar de vida, también lo hacen cosas como la calidad de la atención en salud disponible y las políticas de salud puestas en marcha por los gobiernos y exigidas por los ciudadanos, etc.

Para conseguir estos cambios, los negociadores comerciales gubernamentales buscaron unificar las políticas entre las naciones; sin embargo, las políticas que favorecían el comercio global también podían producir consecuencias negativas si no se prevenían por parte de los negociadores de los tratados de comercio:

Si se hace bien, [la globalización] ayuda a la economía mundial, eleva los estándares de vida y elimina las barreras al desarrollo. Si se hace mal, puede causar serios daños a esos elementos y a otras cosas como el medio ambiente y la salud pública. Si no se es cuidadoso, puede crear incentivos perversos que a largo plazo no son para el beneficio de nadie. El truco está en equilibrarlos.

De esta manera, los objetivos de este funcionario de gobierno y de otros como él, quienes negociaban los términos de los tratados de comercio internacional, hacían énfasis en llegar al equilibrio entre los impactos del comercio y la salud.

En contraste con las expresiones de las políticas de EE.UU., tanto oficialmente a través de pronunciamientos vía internet como extra oficialmente a través de los encuestadores, los representantes de gobierno de América Latina expresaron pesimismo acerca del impacto del comercio global en la salud pública y los servicios de salud. Este punto de vista surgió al margen de sus filiaciones políticas o su posición actual. Por ejemplo, cuando se le preguntó al director de servicios de salud en

una de las ciudades más grandes de México por una definición de la globalización económica, contestó: “[La globalización es] la imposición de un nuevo modelo de acumulación global que privilegia al sector financiero”. Desde esta perspectiva, los propósitos de la globalización incluían objetivos financieros que tenían poco que ver con la salud pública o la equidad en el comercio. Acerca de los posibles efectos benéficos de los tratados de comercio internacional, el mismo entrevistado contestó: “No creo [que exista alguno]. El flujo de información no cambia”. En cuanto a los efectos perjudiciales, el entrevistado contestó: “Los actores en el área del libre comercio tienen poder sobre las políticas. El gobierno está desesperado por atraer a los inversores... Se convierten en actores privados en las políticas... especialmente los aseguradores”. Esta visión de la globalización y de los tratados de comercio internacional se parecía bastante a la afirmación de Kissinger, que enfatizaba en la superposición entre las políticas de globalización en general y los intereses de EE.UU. en particular.

Otros líderes de la salud pública en América Latina expresaron puntos de vista similares. Un entrevistado, que dirigía una fundación importante y era consejero del Ministerio de Salud nacional, describió los efectos adversos del comercio global sobre la salud:

Existe una posibilidad de que las corporaciones extranjeras o de EE.UU. vengan e inviertan. ¿Cuáles son los objetivos de las corporaciones? Generalmente quieren aumentar la producción de su capital... si no se dan garantías, no se verá un efecto positivo para el sistema de salud, pese al efecto positivo para ellas [las corporaciones].

Del mismo modo, como definición de globalización económica, el decano de un importante centro de ciencias de la salud del sector público, dijo:

[Es] subordinación a las políticas del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y las [corporaciones] transnacionales. Si a EE.UU. le da un resfriado; a nosotros nos da neumonía. [Es] subordinación a las organizaciones multinacionales. El concepto de nación desaparece con la globalización.

Dentro del espectro de entrevistados latinoamericanos, surgieron pocas variaciones en la preocupación expresada acerca de los efectos adversos del comercio global. Los informantes respondieron consistentemente que

los gobiernos latinoamericanos definían históricamente la salud como un derecho y la atención en salud como un bien público. Notaron que esta orientación cambió debido a las reformas estructurales impuestas por las instituciones financieras internacionales. Los entrevistados latinoamericanos también percibían que, en la práctica, las políticas de salud de EE.UU. ubicaban el lucro por encima de las necesidades de la población, y que este énfasis se introdujo en América Latina con efectos nocivos a medida que los tratados de comercio internacional entraban en vigencia.

Instituciones financieras internacionales

Los representantes de las instituciones financieras internacionales enfatizaron en la importancia de los mecanismos de mercado privado para alcanzar políticas eficientes y costo-efectivas. Como expresó un funcionario del Banco Mundial, la misión de la institución era “un mundo sin pobreza”; el principal obstáculo para la misión de la institución involucraba a los gobiernos que aún no se comprometían con la reforma de los servicios ofertados por el sector público y con su apertura a la participación de las corporaciones privadas. Al fomentar el desarrollo económico y la prosperidad, en esta construcción, los tratados de comercio internacional mejoraban los resultados en salud:

La evidencia sostiene la visión de que estos tratados aumentan el ingreso real de las personas. No es un juego de todo o nada (juego de suma cero). Crear un área de comercio más grande hace que todo el mundo esté mejor materialmente. Existe un vínculo entre la mejoría material (la gente se vuelve más rica) y los resultados en salud como la mortalidad infantil.

En este escenario, los mecanismos de mercado fomentados por los tratados de comercio afectaban los resultados en salud a través del desarrollo económico, y no a través de estructuras organizacionales específicas para los servicios de salud. Al contrario de los servicios de salud, bajo este punto de vista, la salud pública requería un sector público fuerte:

Para ayudar a las comunidades a alcanzar sus objetivos, el marco económico sostiene que los bienes públicos no pueden ser proporcionados a través de los mercados. El gobierno

tiene que hacer estas cosas debido a las externalidades... tradicionalmente, si se intenta tratar la malaria erradicando algunos tipos de mosquito, es difícil imaginar que el mercado privado se hará cargo de ello. Es difícil vender esa actividad, al contrario de la aspirina, donde se puede tener un mercado. Para erradicar mosquitos, se debe tener una acción colectiva. Se pueden dividir las intervenciones para determinar lo que no es proporcionado completamente por los proveedores privados.

El énfasis del Banco Mundial en la privatización llegó así a un límite, dado que los problemas de salud pública requerían acciones del sector público, poco atractivas para los proveedores privados y los inversionistas.

En una interpretación relacionada con las políticas del Banco Mundial, este fomentaba la autodeterminación en el diseño de políticas a nivel local. Para esta interpretación, el Banco carecía de una política general en específico hacia la salud pública y los servicios de salud alrededor del mundo. Un entrevistado declaró:

Es una percepción errónea y común que el Banco Mundial tenga puntos de vista sobre las cosas, pero existen pocas áreas sobre las que el Banco Mundial tiene puntos de vista oficiales. No hay muchos puntos de vista oficiales en políticas de salud... nuestro papel es ayudar a las comunidades a implementar innovaciones... y evaluarlas.

Como en los documentos publicados por el Banco Mundial, este entrevistado y otros declararon una posición oficial, según la cual las políticas económicas de las instituciones financieras internacionales no infringían la autonomía de los países para tomar sus propias decisiones normativas acerca de la salud pública y los servicios de salud. El entrevistado argumentó que los análisis económicos funcionaban mejor en un contexto de libertad:

El Banco Mundial no es una institución ideológica. Nos interesan los resultados... El modelo es ayudar a las comunidades a identificar objetivos; si se quieren alcanzar los objetivos contratando empresas privadas, entonces hagamos un análisis de los resultados... Creo en la libertad. Al final, las sociedades tienen que desarrollar lo que quieren. Los economistas les ayudan con las compensaciones para que decidan lo que quieren.

Desde este pragmático punto de vista, la libertad del mercado privado generaba servicios de salud más costo–efectivos, mientras que el sector público podía ayudar en las necesidades de salud pública que el sector privado no pudiera vender. Si un país aceptaba una recomendación ligada a un préstamo del Banco Mundial, de acuerdo con esta interpretación, esto ocurría en un proceso de determinación local y libertad en la toma de decisiones. En la medida en que siguieran estos principios, se suponía que las instituciones financieras internacionales no obligaban a los países que recibían los préstamos a seguir las políticas que su personal recomendaba. Mas bien, desde este punto de vista, las instituciones suministraban soporte técnico para ayudar a un país a determinar su propio camino.

Organizaciones internacionales de salud

Desde que las organizaciones internacionales de salud comenzaron a coordinar sus actividades de forma más explícita con las instituciones financieras internacionales y las organizaciones de comercio, los tres tipos de organizaciones, aparentemente diferentes, adoptaron políticas cada vez más similares. Los entrevistados de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, reflejando las publicaciones oficiales de esas organizaciones, estaban a favor de las colaboraciones que fortalecían el sector privado y las reformas para implementar políticas más orientadas al mercado. Los funcionarios de estas organizaciones de salud también apoyaban los tratados de comercio internacional y la reorganización de los servicios de salud para fomentar el comercio –siempre y cuando ellos pudieran representar el interés de la salud pública en estos procesos. Como un entrevistado de la Organización Panamericana de la Salud mencionó:

La OPS fue creada para facilitar el comercio en la región... Ahora recibimos positivamente el que los países estén involucrados y discutiendo tratados de comercio. Pero los tratados de comercio pueden tener aspectos positivos o negativos para la salud.

En esta construcción, las organizaciones internacionales de salud asumieron un papel activo en las negociaciones de comercio, para que los nuevos acuerdos protegieran la salud pública.

Por ejemplo, cinco años después de que MERCOSUR [el Mercado Común del Sur] fuera creado, después de que las personas de salud pública no se interesaron, fueron aprobadas más de 200 resoluciones con pocos aportes por parte del sector salud. Entonces decidimos cambiar nuestro enfoque... participar para expandir la agenda de salud en los tratados, para asegurar que las prioridades de salud fueran tomadas en cuenta, para influenciar los tratados y evitar las implicaciones negativas.

Esta perspectiva no atribuía ningún conflicto inherente a la relación entre el comercio global y la salud pública, dado que las organizaciones internacionales de salud podían aumentar la atención sobre los asuntos de salud durante las negociaciones comerciales. El mismo escenario se puso de manifiesto en el compromiso que hicieron la Organización Mundial del Comercio y la Organización Mundial de la Salud para colaborar en asuntos de comercio²³⁰.

Desde la perspectiva de las organizaciones internacionales de salud, la gobernanza supra nacional conseguida a través de los tratados de comercio ejercía efectos favorables sobre la salud, más que nocivos. De acuerdo con un entrevistado de la Organización Panamericana de la Salud:

Ellas [las organizaciones internacionales de comercio] les están diciendo a los gobiernos lo que deben hacer. Se espera que los países incorporen en sus políticas internas las decisiones tomadas a nivel supranacional... La mayoría de las decisiones son positivas. Por ejemplo, están discutiendo sobre medicamentos, cooperación acerca de medicamentos, uso del exceso de capacidad en la producción de un servicio determinado... Pueden intercambiar esa capacidad a nivel regional,... mediante el reconocimiento de diplomas [profesionales], y [regulaciones armonizadas al respecto]... la importación y exportación de comida... Con los acuerdos subregionales, no veo muchos problemas de implicaciones negativas.

De acuerdo con el entrevistado, las negociaciones comerciales entre países menos desarrollados, también brindaban la oportunidad de practicar y refinar las habilidades para negociaciones más difíciles con países desarrollados y corporaciones multinacionales:

Los países en las organizaciones [de comercio] subregional adquieren experiencia, experticia y capacidad de negociación, antes de involucrarse en una negociación por ejemplo, con Estados Unidos o Canadá... Es un proceso muy ineficiente actualmente. Por ejemplo, el caso de las farmacéuticas es analizado por los países de MERCOSUR y los países andinos en siete empresas diferentes... MERCOSUR, OPS, ALCA, OMC, etc... Es un reto para los países menos desarrollados ser efectivos en tantas instancias.

Con esta construcción, una aproximación pragmática preparaba a los países menos desarrollados para participar más efectivamente en las negociaciones y los tratados de comercio. Por consiguiente, esta participación fortalecía las habilidades de los países para negociar tratados que fueran favorables para los servicios y resultados de salud de sus poblaciones.

Corporaciones multinacionales

Los intereses corporativos, como se vio en el capítulo 6, figuraban virtualmente en todos los tratados de comercio internacional. Entre las corporaciones multinacionales, las compañías farmacéuticas tenían un papel crucial en la toma de decisiones políticas que vinculaban el comercio global, la salud pública y los servicios de salud. Estas corporaciones influenciaban varios tratados de comercio, especialmente el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), el cual protegía los medicamentos patentados.

Las entrevistas mostraron la importancia de las protecciones a la propiedad intelectual en la construcción de estrategias corporativas entre los ejecutivos farmacéuticos. Estos ejecutivos veían la protección de patentes como un elemento esencial que facilitaba los esfuerzos voluntarios para tratar con los problemas de salud de los países menos desarrollados. Inesperadamente, enfatizaron en que los objetivos no económicos ocupaban un lugar más destacado en las decisiones normativas de las corporaciones, que las ganancias previstas. Por ejemplo, el vicepresidente de operaciones internacionales en una de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo, declaró que la protección de la

propiedad intelectual en el acuerdo sobre los ADPIC fue de especial importancia para los científicos de los países menos desarrollados:

Hay personas que pueden hacer investigación, biotecnología, ellos necesitan una legislación para proteger sus descubrimientos e innovaciones. En ese contexto, los ADPIC son... una plataforma para que los países emergentes puedan trabajar como socios en innovación, investigación clínica y biotecnología... Las personas en los mercados emergentes necesitan recibir una compensación justa por sus trabajos –así como nosotros pedimos aquí una compensación por los miles de millones de dólares estadounidenses que arriesgamos cada año–.

En esta construcción, las cláusulas acerca de la propiedad intelectual se extendían más allá, asegurando rendimientos para la corporación, a la vez que ayudaban a fomentar el trabajo de los investigadores en los países donde el avance profesional resultaría difícil de otra manera.

Una construcción relacionada mostraba una conexión entre la protección a la propiedad intelectual y la responsabilidad corporativa de proveer medicamentos para los necesitados:

El ambiente debe estar caracterizado por derechos de propiedad intelectual fuertes y libertad de precios... Estas características no son antagónicas con la responsabilidad social hacia los pacientes sin trabajo, sin protección en salud, quienes no pueden costear los precios de los nuevos medicamentos. Tenemos nuestras propias fundaciones... Hacemos muchas de estas actividades.

En la misma entrevista, el ejecutivo dio ejemplos de responsabilidad corporativa facilitada por los derechos de propiedad intelectual:

No operamos en aislamiento, sino que tenemos responsabilidad social. El mejor ejemplo de una compañía privada trabajando con el gobierno es nuestra sociedad con Sudáfrica y África Subsahariana. Llevamos [medicamentos fungicidas patentados] gratis a las poblaciones que no los pueden pagar. También ayudamos con la infraestructura y la educación de miles de personas, por ejemplo en la Iniciativa Internacional contra el Tracoma (International Trachoma Initiative). Hoy, damos gratuitamente [antibióticos patentados] a personas en Marruecos, Malí y Vietnam, incluso en locaciones donde no

tenemos negocios en absoluto, o donde es poco probable tener [negocios] en el futuro.

Respondiendo a un sondeo acerca de las ventajas fiscales o los beneficios en las relaciones públicas de estas contribuciones, el encuestado enfatizó en la misión humanitaria. Afirmó que las consideraciones acerca del dinero y la imagen pública no figuraban prominentemente en la toma de decisiones:

Pueden existir algunos beneficios fiscales, particularmente en este país. Pero no creo que sea un problema. Se requiere una disposición tremenda para volar a Sudáfrica y decir al gobierno: tiene una gran población muriendo por infecciones fúngicas. Vamos a traer nuestros medicamentos, [nombre del medicamento fungicida patentado], gratis [para] las personas que no pueden pagar 10 dólares o 10 centavos... Usted no va a creer el tiempo y el esfuerzo que el presidente y yo hemos gastado en este asunto... en el Foro Económico Mundial, las Naciones Unidas, propugnando para que otras compañías hicieran lo mismo con los africanos pobres que no podían pagar... Tenemos nuestra misión central... queremos ser vistos como la compañía más valorizada en el mundo. Tenemos más activos en los mercados emergentes que cualquier otra compañía.

Este comentario explicó un amplio rango de objetivos corporativos, de los cuales la rentabilidad constituía solamente uno. Al respecto de la necesidad de medicamentos en los países menos desarrollados, la imagen de la beneficencia corporativa transmitía un escenario muy diferente al comportamiento organizacional que era citado en las críticas a las patentes como una barrera importante al acceso.

En relación con las motivaciones no económicas, las ideas acerca de la libertad y la justicia social servían como motivaciones declaradas con más fuerza que las preocupaciones por la rentabilidad en la toma de decisiones corporativa. Para un ejecutivo farmacéutico, tales ideas derivaban en buena medida de las experiencias personales de pobreza. Cuando se le preguntó acerca de la resistencia a la globalización y los proyectos alternativos que vinculaban el comercio global y las políticas de salud, declaró:

Es una pena realmente... escucho comentarios de que la globalización es una causa de pobreza en el país A o el país B.

Me sorprende, porque estos países están donde la globalización no ha estado. Yo administro los países africanos. Vengo de una familia pobre en [un país del norte de África]. Perdí mi padre a los 9 años; tuve que trabajar desde temprana edad para cuidar a mi familia. África necesita democracia. Ninguna persona sería capaz de incriminar a la globalización como fuente de las desafortunadas dificultades económicas actuales en África.

Esta construcción enfatizaba en las nociones de libertad y justicia social como motivaciones en la toma de decisiones corporativas, más que las preocupaciones acerca de la rentabilidad. Los derechos de propiedad intelectual se volvieron entonces parte de una construcción más amplia de rentabilidad corporativa, equilibrada por la responsabilidad corporativa.

Grupos de presión

Los voceros de los grupos de presión enfatizaron en los efectos adversos del comercio global en la salud pública y los servicios de salud; por ejemplo, un entrevistado explicó que el acuerdo sobre los ADPIC impactaba negativamente en la disponibilidad de los medicamentos necesitados con urgencia, especialmente para el *SIDA* y otras infecciones endémicas en África:

Los acuerdos de protección intelectual son horribles. Pero existe mucho activismo en el mundo para restringir el acuerdo sobre los ADPIC y luego codificarlo. Después habría una forma en que los tratados de comercio pudieran hacer algún bien a la salud pública, para variar. Las compañías farmacéuticas no lo ven de esa manera y pelearán con uñas y dientes.

Aquí, reflejando los comentarios de los entrevistados de varios grupos de presión, la motivación corporativa para la protección de la propiedad intelectual en las patentes de medicamentos derivaba de los intereses económicos y no de un esfuerzo para fomentar la productividad científica o el compromiso humanitario.

Los voceros de los grupos de presión retrataron un sistema cargado de contradicciones entre los tratados de comercio internacional y la forma como se concibió el libre comercio en la teoría económica. Un entrevistado argumentó que los tratados de comercio a menudo restringían el libre comercio:

Los tratados de libre comercio no tienen nada que ver con el libre comercio como se define en la literatura económica. Realmente son tratados complejos, detallados, sobre el comercio gerenciado: cuáles países pueden vender qué productos y servicios a quién y cuándo. La economía global está siendo administrada y regulada de manera intrincada. La pregunta es: ¿quién está administrando y en interés de quién?

El entrevistado hizo referencia a la historia de estas contradicciones:

Quienes articulan el paradigma del libre comercio siempre han sido deshonestos. Incluso cuando los economistas británicos como Adam Smith y David Ricardo lanzaron la retórica del libre comercio, fue deshonesto, dado que todos los países que habían desarrollado con éxito su capacidad industrial habían utilizado restricciones al comercio y subsidios estatales. Este ha sido un papel importante del Estado en los países industrializados. La retórica de los principios del libre comercio tenía poco que ver con la forma en la que los países se habían industrializado.

Desde esta perspectiva, la noción de libertad expuesta por el término “tratados de libre comercio” se contradice con las cláusulas de esos tratados, que restringen sustancialmente la libertad de comerciar. Al contrario, los tratados impusieron un amplio grupo de regulaciones y requisitos nuevos, introduciendo una forma sólida de administración que dictaba los términos en los que los socios comerciales podían operar.

Otro entrevistado, quien dirigía la división de comercio global de una importante organización por los derechos del consumidor, estuvo de acuerdo con esta construcción y explicó que los tratados de comercio se entrometían en arenas más allá de las del comercio, mientras mantenían el simbolismo del libre comercio:

No son libre comercio... si fueran de libre comercio [los tratados] serían de tres páginas de largo, con pocas restricciones... En cambio, tienen más de 900 páginas de reglas en los tratados, y leyes incluso más largas... Utilizando la vanguardia del comercio, han introducido muchas otras políticas. Utilizan las negociaciones internacionales como un vehículo para cambiar las políticas sobre salud doméstica, pensiones y trabajo. Algunos son anti-competencia, por ejemplo los ADPIC... queremos que la Organización Mundial del Comercio se encoja o se hunda... por ejemplo, que se reduzca al ámbito apropiado... su papel

no debe ser establecer decisiones normativas subjetivamente acerca de cuántos residuos de pesticidas se permiten en los vegetales a nivel mundial, o si un país decide establecer un programa nacional de salud, o si un país provee medicamentos.

Desde esta perspectiva, las reglas de comercio extienden el dominio corporativo inapropiadamente hacia múltiples arenas, incluyendo la salud pública y los servicios de salud:

La globalización económica actual es simplemente la imposición mundial de un conjunto de políticas, que van más allá de la economía e incluye la salud, los derechos humanos, el trabajo, el medio ambiente, la seguridad del consumidor... las decisiones se están lanzando al aire; por ejemplo, las decisiones que afectan al sistema local de aguas se están transfiriendo a nivel del estado, luego al federal, luego a la OMC [Organización Mundial de Comercio], donde no [existe] en absoluto responsabilidad o acceso para los ciudadanos individuales de los países afectados. Si alguien descubre que no pueden obtener medicamentos para la abuelita, no es posible que vaya a protestar en la sede de la OMC en las costas del Lago Ginebra.

Siguiendo el tema de la protesta, el entrevistado también presentó una construcción de resistencia a la globalización, así como proyectos alternativos. Los esfuerzos incluían luchas para proteger el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos:

Probablemente las resistencias más poderosas son los increíbles esfuerzos en el sur global para revertir la privatización de la atención en salud. Brasil defiende ante EE.UU. que vamos a producir y distribuir medicamentos para el SIDA. EE.UU. llevó a Brasil ante la OMC. Brasil contraatacó en la OMC. También lanzaron una campaña de RP [relaciones públicas] alrededor del mundo –EE.UU. quiere asesinar gente en Brasil al privarlos de los medicamentos. En El Salvador, revertieron la privatización de la atención en salud... ganaron. ¿Qué está pasando mientras las políticas asesinan gente alrededor del mundo?, cuando la vida cotidiana no es vivible, la gente se vuelve ingobernable.

Debido a tales resistencias, este entrevistado y muchos otros expresaron optimismo en tanto que los esfuerzos organizativos podrían revertir

algunos de los efectos adversos del comercio global en la salud pública y los servicios de salud.

Construcciones sociales del comercio y la salud

Durante el presente del imperio, los protagonistas que confrontaron diariamente las realidades del comercio y la salud revelaron diversas construcciones de la realidad social. Aunque los cambios normativos que vincularon el comercio y la salud ocurrieron con frecuencia en silencio –con poca atención de los legisladores, los medios públicos, las asociaciones de profesionales u otras organizaciones de la sociedad civil–, los participantes en representación de organizaciones clave manifestaron puntos de vista intensos y divergentes:

Las construcciones de las políticas de salud global por parte de las agencias de gobierno de EE.UU. se centraron en los intereses nacionales de EE.UU. Los funcionarios de gobierno percibían un equilibrio entre comercio y salud, el cual juzgaban a través de sus roles como reguladores y negociadores. La posición de EE.UU. difería considerablemente de las de otros gobiernos, particularmente en América Latina, que al contrario enfatizaba en el derecho a la salud.

- A medida que las instituciones financieras internacionales y las organizaciones de comercio asumieron un papel creciente en la salud pública y los servicios de salud, presentaron un modelo que favorecía la privatización de los servicios de salud, así como un papel limitado en actividades del sector público que se centraban principalmente en funciones no rentables pero necesarias para la salud pública. Los entrevistados que hablaban por estas organizaciones reconocían un “equilibrio” entre comercio y salud y veían sus trabajos como esenciales en la regulación de este equilibrio. Los tratados de comercio favorecidos por las instituciones financieras internacionales y las organizaciones de comercio apoyaban la entrada de las corporaciones multinacionales en los mercados internacionales de atención en salud.
- Los ejecutivos de las corporaciones multinacionales pusieron sus motivaciones en línea con un servicio humanitario más amplio y no con los intereses financieros basados en la rentabilidad. Enfatizaron

en la importancia de los derechos de propiedad intelectual para fomentar el trabajo y las profesiones de los científicos en los países menos desarrollados. Adicionalmente, exigieron el crédito por donar medicamentos a países específicos de bajos ingresos donde decidieron intervenir, especialmente para tratar infecciones endémicas.

- Los representantes de las organizaciones de presión construyeron una realidad de efectos desfavorables sobre la salud pública y los servicios de salud, impuestos por las políticas de las organizaciones de comercio, las instituciones financieras internacionales y las corporaciones multinacionales. Centrarón la crítica especialmente en los cobros que reducían el acceso a los servicios y las cláusulas de propiedad intelectual que restringían el acceso a medicamentos esenciales. Los tratados de “libre” comercio, desde la perspectiva de estos defensores, invocaban una aproximación corporativa, restrictiva, a la regulación del comercio, la cual se extendía de forma inapropiada hacia nuevas áreas de la salud pública y los servicios de salud.

Las construcciones sociales relacionadas con el comercio y la salud reflejaban ideologías más amplias acerca del impacto de los procesos de mercado, en la misma línea que el “sentido común” de la reforma de salud, discutido en el capítulo anterior. Tales construcciones manifiestan características de un credo, especialmente respecto al papel del mercado en el avance de los propósitos humanos y en satisfacer las necesidades humanas. Mientras se enfatizaba en los beneficios humanitarios de los procesos de mercado, estas nociones también daban una racionalidad para los intereses corporativos anclados en la inversión globalizada y las oportunidades lucrativas. En un grado sorprendente, los entrevistados y los documentos oficiales de las organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud también enunciaban la fe en los procesos de mercado y en los tratados de comercio para avanzar en la causa de la salud pública²³¹.

Durante las entrevistas y en las presentaciones escritas de las políticas organizacionales, los representantes de las agencias de gobierno, de las instituciones financieras internacionales, de las organizaciones de comercio, de las corporaciones multinacionales y de las organizaciones internacionales de la salud estaban ampliamente de acuerdo con

la posición de que las organizaciones de comercio, los tratados de comercio y la propiedad intelectual mejorarían las condiciones de salud en el mundo. En esta construcción, los expertos oficiales regulaban el comercio para aumentar las garantías de patente a través de las reglas de propiedad intelectual y para equilibrar las metas del comercio y de la salud. Estos expertos usaban sus ideas para avanzar en los intereses de los grupos sociales particulares que representaban o en nombre de los que hablaban²³².

Exceptuando a los de América Latina, los entrevistados que no trabajaban para las organizaciones de defensa expresaron optimismo acerca de que la globalización económica fomentaría la salud pública y el acceso a los servicios de salud en el mundo²³³, y siguieron expresando un propósito ético al permitir actividades de mercado sin trabas en el camino del mejoramiento humano. En ese sentido, las construcciones de realidad con respecto al comercio y a la salud se parecían a los escenarios previos, que explicaban la competencia económica como un valor cuasi-religioso –por ejemplo, en la “mano invisible” divina que reconcilió en el mercado los intereses individuales de los compradores y los vendedores para el beneficio general de la sociedad como un todo, y en la “ética protestante y el espíritu del capitalismo” por medio del cual los empresarios inculcaban sus actividades económicas con un sentido de propósito idealista²³⁴.

El credo que vinculaba el comercio y la salud también manifestaba “economicismo”, un sistema de creencias basado en la “confianza en los mercados”. Con este sistema de creencias, como lo presentó Bourdieu²³⁵, quienes diseñaban las políticas basaban sus decisiones en los supuestos tecnocráticos, según los cuales los procesos de mercado lograban el bien más amplio entre las clases sociales, tanto en los países económicamente desarrollados como en los menos desarrollados. Al impartir estas creencias, los expertos de las corporaciones multinacionales, las instituciones financieras internacionales y las organizaciones internacionales de salud solicitaron a los líderes políticos que recibieran sus consejos en cuanto a la toma de decisiones políticas en salud pública y servicios de salud.

Las construcciones de las organizaciones de presión generalmente destacaban las relaciones de poder político y económico que empeoraban las condiciones de trabajo, el medioambiente, la nutrición, la seguridad financiera y el acceso a los servicios y medicamentos de las personas pobres, las minorías, los discapacitados, los mayores y otros grupos en

desventaja. Como un punto de vista alternativo, los entrevistados en nombre de las organizaciones de presión representaban una lucha al servicio de los grupos que carecían de recursos económicos y de poder político. Los entrevistados manifestaron esta orientación cuando se referían, por ejemplo, a los efectos adversos de los tratados de comercio en la disponibilidad de los medicamentos necesarios y en la capacidad de los países de establecer programas nacionales de salud.

De manera similar a otras construcciones sociales, las relacionadas con el mercado y la salud suponían un simbolismo político y un espectáculo político²³⁶. Aunque en gran parte estaban ocultos de los ciudadanos comunes y de sus representantes políticos, los accionistas organizacionales clave mantuvieron una batalla, tras bambalinas, acerca de las políticas relacionadas con el comercio y la salud que impactarían potencialmente a gran parte de la población mundial. Con los sistemas de salud pública y los servicios de salud en juego alrededor del mundo, los vínculos entre comercio y salud empezaron a recibir especial atención. Aquellos preocupados por la salud y la seguridad en el mundo no podían seguir ignorando los cambios profundos generados por el comercio global. Reconocer y desmitificar algunas construcciones de la realidad social puestas en marcha por los accionistas clave en el comercio y la salud se convirtió en uno de los muchos pasos que finalmente contribuyeron a la conclusión del presente del imperio.

* * *

A lo largo de la historia del imperio, la expansión y la dominación económica presuponían poderío militar. A medida que las corporaciones extraían los recursos naturales y entraban en los mercados de los países menos desarrollados, se encontraban predeciblemente con resistencias por parte de las personas que residían allí previamente, y las construcciones ideológicas que justificaban el imperio sólo podían ejercer efectos limitados para suprimir la oposición. En estas condiciones, el uso de la fuerza militar se hizo cargo en los lugares donde la ideología no triunfaba por completo. El próximo capítulo examina el militarismo como soporte de las normas políticas y económicas que afectaban la medicina y la salud pública.

Capítulo 12

Militarismo, imperio y salud

El imperio, en últimas, ha dependido de la amenaza o de la real intervención militar. La resistencia al imperio pudo tomar muchas formas; por ejemplo, los líderes que se oponían a las múltiples explotaciones del imperio ganaron elecciones democráticas y, mediante esta tradición de cambio democrático, asumieron las presidencias de las naciones. O, en países gobernados por dictaduras, las revoluciones sociales empoderaron a los líderes que menos cooperaban con los acuerdos políticos y económicos del imperio (el capítulo 4 analiza ambas formas de resistencia al considerar el curso del pasado del imperio en Chile y en Cuba).

A través de estos procesos, involucrando tácticas violentas o no violentas, los nuevos gobiernos implementaron agendas menos adecuadas a los patrones previos de dominación política y económica. Para prevenir tal oposición al imperio, y para suprimir la resistencia cuando surgía, se erigieron las fuerzas militares en aquellos países que buscaban mantener el viejo orden. Más aún, la intervención militar estimuló el crecimiento de las economías lentas al exigir una producción ampliada de bienes militares y crear trabajos adicionales en la provisión de los servicios necesarios para las operaciones militares.

Durante los años del declive del presente del imperio, el militarismo tomó un nuevo giro en el apoyo de los objetivos económicos. Como había sucedido durante el pasado del imperio, la guerra siguió siendo un método útil para proteger la extracción de recursos naturales, especialmente de petróleo. Adicionalmente, a medida que los mercados

de productos y servicios se saturaban cada vez más en todo el mundo, la guerra podía abrir directamente nuevos mercados al destruir la infraestructura de los países invadidos; los desastres generados por la guerra requerían entonces la reconstrucción que las empresas capitalistas podían proveer a un buen precio²³⁷. Aunque símbolos como el terrorismo y la seguridad proporcionaban normalmente la razón fundamental para el militarismo del presente del imperio, estas construcciones de la realidad se volvieron gradualmente menos convincentes cuando se evaluaban en relación con los costos de la guerra para la vida y la salud tanto en las naciones invadidas como en las invasoras²³⁸. En este capítulo examino la experiencia humana del militarismo, especialmente en términos de salud física y mental, mientras el imperio se deshacía lentamente.

El impacto físico y psíquico de la guerra en el personal militar

Al servicio del imperio, el militarismo tuvo efectos profundos en la salud, no sólo en la de las personas de los países invadidos, sino también en aquellas de los países que llevaron a cabo la política militar; por ejemplo, hacia el final del presente del imperio, las operaciones de combate en Iraq, Afganistán y otros lugares se llevaron las vidas del personal militar e hicieron daño a la salud física y mental de muchos sobrevivientes. Pese a la intención declarada públicamente por los oficiales militares de implementar atención de alta calidad en salud militar²³⁹, los informes originados tanto en el interior como en el exterior de la milicia llamaban la atención sobre las necesidades médicas y psicológicas no satisfechas del personal de servicio²⁴⁰. Los perjuicios físicos y emocionales soportados por los soldados de EE.UU. y sus familias se volvieron gradualmente una epidemia de salud pública que continuó tensionando los sistemas de salud y de salud mental del país que ya estaban sobrecargados²⁴¹.

Muchos desafíos interferían el acceso a los servicios médicos y de salud mental para el personal militar en servicio activo. Durante las guerras del presente del imperio, los soldados [GI en inglés]²⁴² experimentaron un sistema de mando y un sistema de atención en salud donde la enfermedad y las lesiones podían ser vistas como obstáculos para la misión militar, inconvenientes para los comandos locales, o enfermedad fingida²⁴³. Los soldados enfrentaban el despliegue hacia las zonas de combate antes

de tener una evaluación completa de enfermedades físicas. Aquellos con problemas de salud mental como depresión o trastorno por estrés postraumático (TEPT) con frecuencia reingresaban al combate cuando estaban recién diagnosticados y apenas empezando con medicamentos de prueba, generalmente un calmante, un antidepresivo o un medicamento antipsicótico.

Durante el presente del imperio, el problema de la doble agencia permeó la prestación de servicios de salud y de salud mental en el ejército. La doble agencia se refería a la lealtad dual de los profesionales de la salud y de la salud mental que surgía inevitablemente en sus relaciones con los pacientes. Pese a la obligación del Juramento Hipocrático de considerar las necesidades del paciente primero y ante todo²⁴⁴, a los profesionales que trabajaban en el ejército también se les exigía servir a las necesidades del comando militar. Los recortes de personal y la presión para desplegar y volver a desplegar tropas rápidamente hacia Iraq y Afganistán ejercían una presión creciente en los médicos, psiquiatras y psicólogos militares. Aunque encontraran soldados con problemas de salud y de salud mental, los profesionales militares, por necesidad, tenían en cuenta el objetivo de mantener el número y la disponibilidad de las fuerzas de combate²⁴⁵. Esos objetivos militares contradecían con frecuencia el objetivo de ayudar al paciente individual. El papel dual de los profesionales militares provocó tensiones inherentes que redujeron las posibilidades de que los soldados pudieran recibir atención adecuada y aumentaron las probabilidades de que buscaran los servicios en el sector civil.

Servicios civiles para el personal militar

Tales tensiones durante las guerras del presente del imperio llevaron a la creación de redes que involucraban a profesionales civiles que procuraban satisfacer las necesidades médicas y de salud mental de los soldados sin la carga de la doble agencia. Estas redes brindaban servicios paralelos a los que ofrecía el ejército oficialmente pero que no proporcionaba efectivamente. Algunas experiencias de una de esas organizaciones mostraron los retos de enfrentar los daños físicos y psicológicos que el personal del ejército soportaba al servicio del imperio²⁴⁶.

La Red Civil de Recursos Médicos [*Civilian Medical Resources Network*] funcionaba como una pequeña red nacional de profesionales

establecida para ofrecer a los soldados una alternativa al sistema militar de salud física y salud mental²⁴⁷. Con profesionales en atención médica primaria, psiquiatría, psicología, trabajo social y salud pública, la red intentaba enfrentar las necesidades del personal militar activo de EE.UU. cuando buscaba atención médica y psicológica en el sector civil. Dado que otros recursos civiles cubrían, al menos en parte, las necesidades de los veteranos, la red se centró en los soldados de servicio activo que necesitaban ayuda médica o psicológica.

Quienes crearon la red tenían experiencia en actividades de apoyo similares durante la guerra de Vietnam a finales de la década de los sesenta y principios de la de los setenta, así como durante y después de la Guerra del Golfo Pérsico en los años 1990. En estos conflictos, grupos como el Comité Médico por los Derechos Humanos [*Medical Committee for Human Rights*] y el Sindicato de Resistencia Médica [*Medical Resistance Union*] organizaron esfuerzos para prestar servicios de salud física y mental a los individuos que buscaban exención médica para el reclutamiento militar y a los soldados que solicitaban atención en el sector civil. Debido a la ausencia del reclutamiento obligatorio, los esfuerzos durante los últimos años se enfocaron en los soldados activos.

El reclutamiento de médicos clínicos para la red ocurrió inicialmente a través del aporte personal de colegas profesionales. Adicionalmente, dos organizaciones nacionales, Médicos por la Responsabilidad Social [*Physicians for Social Responsibility*, con un enfoque en la paz] y Médicos por un Programa Nacional de Salud [*Physicians for a National Health Program*, con un enfoque en el acceso a la atención en salud], dieron a conocer el programa a sus miembros. Al final, aproximadamente cien profesionales trabajaban en la red. Los participantes eran principalmente médicos en atención primaria y salud mental, con sede en todas las regiones de los Estados Unidos. Los profesionales recibían un corto entrenamiento en los tipos de apoyo y de documentación que requerían los soldados.

Las remisiones a la red eran dadas por Línea Directa por los Derechos de los Soldados Americanos (*GI Rights Hotline*), un esfuerzo nacional mantenido por veinticinco organizaciones religiosas y de paz, así como la *Military Law Task Force* del Gremio Nacional de Abogados [*National Lawyers Guild*]. Los abogados aconsejaban a la red y ayudaban a los médicos con la documentación sobre problemas médicos

y de salud mental que necesitaban los soldados como soporte para las solicitudes de licencia o traslado²⁴⁸. En su apogeo, la línea directa recibía aproximadamente tres mil llamadas mensuales de soldados en servicio activo y de sus familias. Cuando un soldado, o un miembro de su familia, llamaba a la línea y describía sus necesidades no satisfechas en servicios de salud física o mental, un consejero o consejera podía, a su discreción, contactar a la red, que entonces lo remitía a uno o más de los profesionales que participaban.

Dado que los soldados generalmente no tenían recursos financieros o cobertura de seguro para pagar por los servicios civiles, los profesionales de la red brindaban atención gratuita o por un costo bastante reducido, como voluntarios. Cuando era posible, los soldados visitaban a los profesionales de la red en persona; si una visita cara a cara resultaba inviable por la distancia geográfica, los profesionales de la red atendían a los soldados a través de consultas telefónicas y vía correo electrónico. Adicionalmente a la comunicación con los soldados que estaban en Estados Unidos, los profesionales llevaban a cabo intervenciones de evaluación y tratamiento para los soldados descompensados emocionalmente, con intenciones suicidas y a veces homicidas (más detalles adelante) que se encontraban en el frente en Afganistán e Iraq. Los voluntarios coordinaban los trámites de remisión y las relaciones con la línea directa y con la *Military Law Task Force*.

La red brindaba evaluación y tratamiento independientes tanto para problemas médicos como psicológicos. En algunos casos los soldados que sufrían enfermedades agudas y de riesgo vital, normalmente ideas suicidas u homicidas, eran remitidos a las instalaciones locales de salud o de salud mental. Los profesionales de la red intervenían en estas situaciones para asegurar un tratamiento físico o psicológico adecuado.

Para las situaciones menos agudas, los soldados buscaban evaluaciones independientes de los diagnósticos hechos por los médicos militares, o consejo acerca de las opciones de tratamiento y del impacto del servicio militar en sus enfermedades o lesiones. Otros soldados solicitaban evaluaciones independientes para su propia tranquilidad, o tratamiento independiente debido a preocupaciones sobre la idoneidad de los servicios en las clínicas militares. Las acciones por parte de los profesionales civiles ayudaron a los soldados a tener acceso a los médicos militares, particularmente a los especialistas. Este trabajo también redujo

la probabilidad de que el personal al mando bloqueara o se opusiera a las visitas al personal médico durante el “*sick call*” [*sick call* es un llamado militar del ejército de EE.UU., se refiere a la formación de filas para reportar la necesidad de atención médica por parte de los soldados] en las unidades médicas en campo durante las operaciones militares o en los hospitales militares.

Problemas de salud física y mental de los soldados

¿Qué problemas fueron experimentados por quienes brindaban el apoyo militar para el presente del imperio?²⁴⁹. De acuerdo con un análisis estadístico de los pacientes de la red, la mayoría eran hombres (91%), y las mujeres constituían una proporción algo menor (9%) que la proporción general de su participación entre el personal militar en servicio activo (15%). La gran mayoría de pacientes declararon que ellos y sus familias eran de bajos ingresos. Cerca de la mitad de los usuarios eran desertores [*Absent Without Leave, AWOL*]. Los problemas físicos y mentales comunes aparecen en el cuadro 1 (ver en la página siguiente).

Entre los soldados que buscaban servicios del sector civil de la red, los problemas físicos constituían cerca del 20% de las remisiones. Ciertos trastornos físicos parecían relativamente menores, mientras que otros resultaban de potencial riesgo vital. Los trastornos físicos menores incluían los síntomas músculo–esqueléticos, como dolor de espalda, dolor de pies y sarpullidos. Los problemas de potencial riesgo vital incluían ataques inexplicables, entumecimiento después de fracturas vertebrales, visión doble después de fracturas de la cuenca ocular por herida de metralla, y sangrado persistente por la oreja después de una lesión en la cabeza. La mayoría de los problemas más serios, para los cuales los pacientes sentían que habían recibido atención insuficiente por parte de los médicos militares, eran resultado directo del combate y otros incidentes que causaban lesiones durante el servicio militar.

Entre el 80% de los pacientes con diagnósticos de salud mental, predominaban el TEPT, la ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias. Algunos soldados experimentaban emergencias psiquiátricas agudas, usualmente vinculadas con eventos traumáticos. La mayoría de los soldados con estos últimos problemas temían ser devueltos a Iraq

Cuadro 1 Ejemplos de los problemas de salud física y mental de los soldados

Un soldado con dos vértebras fracturadas sintió entumecimiento severo en sus piernas; cuando vistió un chaleco antibalas, no pudo mover sus piernas. Había sufrido anteriormente una fractura de la cuenca ocular, después de lo cual los cirujanos insertaron una placa de metal; aún tenía doble visión y no podía enfocar; otros problemas incluían sangrado rectal e insuficiencia renal. Cuando contactó la *GI Rights Hotline*, estaba programado para ser desplegado hacia Iraq más o menos en dos semanas. En busca de un licenciamiento médico, asistió al *sick call*; declaró que un médico le había dicho que él estaba en mal estado, pero que el ejército lo necesitaba y por eso no le daría la licencia; en cambio, le dijeron que podía recibir terapia física en Iraq. Pasó un mal rato yendo al médico porque su sargento permanecía diciéndole que no debería asistir al *sick call*. El soldado solicitó la documentación en relación con su solicitud de licencia y de manera secundaria buscó atención para sus problemas físicos.

Durante su estancia en Iraq, un soldado presenció las muertes violentas de varios amigos cercanos así como de civiles iraquíes. Unas de sus tareas suponía limpiar la sangre y las partes de cuerpos de los vehículos militares. Después de regresar a los Estados Unidos, sufrió depresión, TEPT y ansiedad generalizada. Ingresó temporalmente en un hospital psiquiátrico después de uno de cuatro intentos de suicidio. Cuando supo que su unidad iba a ser desplegada hacia Iraq, desertó. Cuando contactó a la *GI Rights Hotline*, estaba viviendo con su esposa e hijo pequeño en un área rural y trabajaba en empleos ocasionales. Supo que la policía militar y el departamento local del sheriff estaban tratando de encontrarlo. Durante una entrevista telefónica, el soldado expresó ideas suicidas, así como la intención de asesinar a oficiales específicos si lo devolvían a su unidad original.

o a Afganistan. Aproximadamente el 20% de los pacientes reportaron ideas suicidas o intentos de suicidio, y el 5% reveló ideas homicidas, generalmente dirigidas a los oficiales que no reconocían la seriedad de sus síntomas psicológicos. Las experiencias infantiles adversas tales como abuso o abandono, una historia de abuso sexual, y el sexo femenino aumentaban las probabilidades de TEPT y depresión en los soldados²⁵⁰.

Varias características de las angustias de los pacientes concernían a las familias. Estos problemas ocurrían tanto mientras los soldados permanecían en las zonas de combate como después de su regreso a

casa. Los problemas involucraban cuestiones de sobreprotección para los miembros no militares de la familia, violencia de pareja y disolución del matrimonio o la relación²⁵¹.

Temas de encuentros entre el personal militar y los médicos clínicos civiles

Muchos temas recurrentes surgieron de los encuentros con los pacientes militares que se comprometieron al servicio del imperio. Estos temas ilustraron las circunstancias que enfrentaban los soldados en el ejército durante el presente del imperio y los matices de los retos físicos y psicológicos que vivieron.

El reclutamiento económico

Primero, debido a las adversas condiciones económicas en Estados Unidos durante el presente del imperio, la mayoría de los soldados declararon que se habían enlistado a causa de los retos financieros o de la falta de oportunidades laborales. Además de vivir en condiciones financieras de bajos ingresos, muchos soldados provenían del contexto de las minorías étnicas/raciales o habían crecido en países menos desarrollados.

Decepción

Los problemas psicológicos entre los soldados y los reservistas incluían una decepción percibida en los procesos de reclutamiento. La mayoría de estos usuarios reportaron que habían recibido garantías imprecisas acerca de los despliegues, de los requisitos de combate, de los salarios y los beneficios y del el apoyo para las familias. Los periodos de servicio más largos y más frecuentes de lo prometido se volvieron una fuente importante de angustia. Generalmente, los reservistas no esperaban labores en combate.

Dilemas éticos y violencia sin sentido

Para estos usuarios militares, los problemas físicos y emocionales derivaban en gran medida del conflicto ético de ser testigos o perpetradores de violencia sin la sensación de que la violencia permitiera avanzar en el cumplimiento de los objetivos militares, políticos o sociales. Sin haber sido informados explícitamente acerca del papel del ejército en el apoyo al presente del imperio, los soldados declararon que no

entendían el propósito de la participación militar en Afganistán o en Iraq. Muchos de los actos violentos perpetrados contra civiles, especialmente contra niños, generaban culpa, depresión y TEPT. Esta violencia con frecuencia implicaba acciones intencionales, algunas ordenadas por los comandantes, y algunas resultantes de la sospecha de los soldados de ataques armados por combatientes que se presentaban a sí mismos como civiles.

Barreras a la atención

Los soldados que permanecían con sus unidades experimentaron barreras en los intentos por contactar la línea directa y recibir valoraciones a través de la red. Esas barreras eran principalmente resultado del aislamiento geográfico de las bases militares. Adicionalmente, los problemas de agenda debido a las demandas laborales impedían las citas con los profesionales civiles. Los soldados que habían desertado encontraron menos dificultades para viajar o problemas de programación; sin embargo, sentían miedos profundos de ser capturados y devueltos a sus unidades.

Privatización de los servicios

Muchos de los pacientes que contactaron la red reportaron las dificultades que habían tenido ellos o sus familias para obtener servicios privatizados de las organizaciones de atención gerenciada contratadas con el ejército. Los inconvenientes para obtener los servicios y la disminución de la importancia de los problemas clínicos por parte de los médicos de la atención gerenciada, motivaron a los soldados y a sus familias a buscar los servicios de los profesionales de la red (en un momento regreso a la privatización de los servicios militares de salud como política neoliberal que caracterizó el presente del imperio).

Tortura y abuso de los derechos humanos

Aunque la mayoría de los soldados que usaban la red no se vieron involucrados en tortura u otras formas de abuso, declararon tener conocimiento de esas prácticas como parte de las operaciones militares²⁵². En el entrenamiento, los soldados aprendían que esas prácticas contradecían las reglas de la guerra, tales como la Convención de Ginebra, así como las regulaciones específicas que gobernaban las acciones de las fuerzas militares de EE.UU. En la práctica, muchos soldados también

se dieron cuenta de que los oficiales toleraban y a veces fomentaban el uso de la tortura y abusos similares. Esta contradicción creaba estrés, estigma y vergüenza acerca de las acciones poco éticas perpetradas por los colegas militares. Los profesionales de la red que trabajaban con los soldados notaron altos niveles de vergüenza, una situación que inhibía a los soldados a buscar ayuda.

Los efectos cambiantes del militarismo sobre la salud

Incluso al margen de los efectos sobre la salud de los invadidos, los invasores que apoyaban los objetivos económicos y políticos del presente del imperio manifestaron una constelación cambiante y cada vez más insostenible de problemas de salud y de salud mental. Los profesionales civiles de la red y de otras organizaciones centradas en los derechos de los soldados documentaron las necesidades no satisfechas del personal militar activo de EE.UU., así como los problemas contextuales tanto creados como sostenidos por esas necesidades insatisfechas.

Estos problemas contextuales hablaban de las cuestiones sociales más amplias de un cuerpo militar de voluntarios en una sociedad cada vez más militarizada. Durante la Guerra de Vietnam, que abarcó muchos años durante el pasado del imperio, el reclutamiento militar condujo a la inducción de personas jóvenes de un amplio rango de posiciones sociales. El ejército de voluntarios durante el presente del imperio, sin embargo, dependía predominantemente de los hombres y mujeres procedentes de sectores de bajos ingresos y minorías periféricas. La atención médica militar y de veteranos entró en la consciencia pública periódicamente durante el presente del imperio, especialmente después de escándalos (como en el caso del Hospital *Walter Reed Army*, en 2007) y de crisis agudas (por ejemplo, después de los tiroteos por parte de un psiquiatra militar abrumado en Fort Hood, Texas, en 2009). Sin embargo, los orígenes predominantemente de clase obrera de quienes servían en la guerra, en oposición a las más privilegiadas posiciones de clase de los oficiales del gobierno y la industria que tomaban las decisiones clave acerca del inicio y la expansión de la guerra, limitaban la atención que recibían las lesiones de los soldados en el frente de batalla por parte de quienes diseñaban la política pública. Por ejemplo, durante las guerras

de Iraq y Afganistán, sólo un puñado de legisladores en el Congreso de EE.UU. tenía hijos en el ejército.

Debido a un nuevo grupo de conflictos éticos relacionados con el cambio de las operaciones militares al servicio del imperio, los problemas de salud mental predominaron durante este periodo entre quienes participaban o anticipaban su participación en combate. Los soldados reportaban ideas suicidas que no fueron reconocidas o fueron ignoradas cuando pidieron atención en salud en el sistema militar. Las estadísticas militares indicaban incrementos veloces en los suicidios, en los intentos de suicidio, y en las autolesiones entre los soldados en servicio activo. Hacia el final del presente del imperio, entre dieciséis y veinte soldados estadounidenses se suicidaban cada mes, y la tasa de muerte por suicidio prevista entre los soldados se volvió más alta que la tasa prevista de muerte por combate²⁵³. En un año, el Ejército de EE.UU. reportó aproximadamente 2.100 intentos de suicidio y autolesiones, una tasa de más de cinco diarios, mucho mayor que en los años anteriores; estos datos no incluían los eventos en que participaban los marines u otras fuerzas de combate. La probabilidad de suicidio aumentaba con el número de despliegues y el tiempo pasado en Afganistán o en Iraq. Los suicidios perpetrados fuera de las zonas de combate no fueron reportados.

La epidemia de problemas de salud mental en el ejército coincidió con la privatización sin precedentes de los servicios médicos y de salud mental para los soldados activos y sus familias. Aunque el ejército anteriormente ofrecía esos servicios dentro de sus propias instalaciones, después las corporaciones privadas recibieron contratos considerables por parte del ejército para proveer esos servicios. Este cambio de políticas reflejaba el mismo principio neoliberal que favoreció la privatización de los servicios previamente prestados por los hospitales y clínicas públicos para las poblaciones marginadas. Como resultado de la privatización de los servicios militares de salud y salud mental, el director ejecutivo que más se beneficiaba financieramente de la Guerra de Iraq, no dirigía una corporación tradicionalmente considerada como parte del complejo militar-industrial, sino más bien una gran organización de atención gerenciada (*Health Net*), cuyo contratista (*ValueOptions*) proveía los servicios de salud mental a los soldados y sus familias²⁵⁴.

A los soldados que buscaban ayuda en el sector militar para el TEPT, la depresión y otros problemas de salud mental, los psicólogos militares

les diagnosticaban cada vez más un trastorno de personalidad. Dado que las políticas militares consideraban el trastorno de personalidad como una condición preexistente que antecedió al servicio militar, los soldados que recibían este diagnóstico perdían los beneficios financieros y de salud después del retiro, lo que generó mayores preocupaciones a los soldados y sus familias²⁵⁵. Esta política aplicaba incluso cuando los oficiales militares no diagnosticaban trastorno de personalidad durante la valoración de salud mental de los soldados cuando eran reclutados en las fuerzas armadas²⁵⁶.

Durante las guerras del presente del imperio, los líderes militares implementaron estrategias que suponían menos combates entablados con combatientes identificados y más violencia involucrando civiles. Los reportes de los soldados, incluidos quienes usaban la red, enfatizaban en la violencia cometida en contra de los civiles no combatientes²⁵⁷. En un contexto donde tanto la tortura como el abuso de los derechos humanos eran sistemáticos, no es sorprendente que los soldados sufrieran altos niveles de trastornos psicológicos y patologías. De esta manera, la resistencia a la guerra se medicalizó cada vez más. Con lesiones acumuladas –tanto físicas como psicológicas– los soldados acudían a los profesionales en el sector civil como un camino hacia la asignación de funciones menos peligrosas o el licenciamiento.

Los esfuerzos por enfrentar los daños físicos y mentales causados por la guerra durante el presente del imperio rara vez abordaban los vínculos entre imperio, militarismo y salud. A medida que las recurrentes crisis financieras devastaban a los países menos desarrollados y eventualmente empezaron a plagar las naciones dominantes también, la guerra se volvió cada vez más uno de los pocos métodos restantes para estimular la deteriorada economía global. El sufrimiento físico y emocional de los soldados, que con el tiempo ocuparon una posición incluso más marginal en las sociedades dominantes, aparentemente parecía un precio aceptable por la guerra impulsada económicamente. Para aquellos que de otra manera habrían llamado a un alto al militarismo sin un relato claro para justificarlo, el simbolismo del terrorismo y la seguridad proporcionaban la justificación.

* * *

Muy pronto en el siglo XXI, los caminos del neoliberalismo y el militarismo se cubrieron con los espinos de la mala salud, la innecesaria muerte temprana, las afecciones emocionales, y las consecuencias ambientales del progreso económico que estaban haciendo inhabitable al mundo mismo. Se desacreditó la idea de equiparar el progreso económico con el bienestar financiero de un pequeño segmento de la humanidad, junto con el supuesto de que la riqueza de unos pocos eventualmente llevaría a condiciones más favorables para la mayoría. La posibilidad de expandir o incluso de mantener el imperio se volvió en sí misma menos sostenible.

En resumen, el imperio como se había organizado históricamente estaba finalizando, y una nueva visión para la medicina y la salud pública en un mundo posimperio estaba emergiendo; estos cambios estaban ocurriendo gradualmente, casi imperceptiblemente en ocasiones, pero para la segunda década del siglo XXI, las transformaciones se volvieron innegables.

Llegando ahora a la parte final del libro, examino en el próximo capítulo una visión del mundo más allá del imperio, la cual ha sido influyente inicialmente en América Latina y luego en todo el mundo. Luego, doy cuenta de los movimientos sociales que están creando un nuevo orden, en el que el imperio ya no pondría en peligro la salud física y mental de la población mundial.

Notas

¹ En este capítulo, Rebeca Jasso–Aguilar participa como coautora. El capítulo refleja una colaboración prolongada en varios de los esfuerzos presentados en este libro.

² David Harvey, *A Brief History of Neoliberalism* (Oxford: Oxford University Press, 2005).

³ Para otras perspectivas del impacto del neoliberalismo en medicina y salud pública, véase: Jim Y. Kim, et al., *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor* (Monroe, ME: Common Courage Press, 2000); Meredith Fort, Mary Anne Mercer, and Oscar Gish, eds., In *Sick–ness and Wealth: The Corporate Assault on Global Health* (Boston: South End Press, 2004); Vicente Navarro, ed., *Neoliberalism, Globalization, and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life* (Amityville, N Y: Baywood, 2007); y Leo Panitch and Colin Leys, eds., *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism* (New York: Monthly Review Press [Socialist Register], 2009).

⁴ Hector Guillen Romo, *La Contrarrevolución Neoliberal en México* (Mexico City: Ediciones Era, 1997).

⁵ Algunas fuentes pertinentes: Alfred Marshall, *The Principles of Economics* (1920; Amherst, N Y: Prometheus Books, 1997); William Stanley Jevons, *The Theory of Political Economy* (1911; Harmondsworth, UK: Penguin, 1970); Léon Walras, *Elements of Pure Economics, or the Theory of Social Wealth* (1899; Philadelphia, PA: Orion Editions, 1984); Adam Smith, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (1776; London: Methuen, 1904); David Ricardo, *On the Principles of Political Economy and Taxation* (1817; Harmondsworth, UK: Penguin, 1971).

⁶ Harvey, *A Brief History*.

⁷ David C. Korten, *When Corporations Rule the World*, 2nd ed. (San Francisco: Berrett–Koehler, 2001).

⁸ *Ibid.*; Kim, et al., *Dying for Growth* ; William Robinson, *A Theory of Global Capitalism: Production, Class, and State in a Transnational World* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2004).

⁹ Harvey, *A Brief History*.

¹⁰ John Maynard Keynes, *The General Theory of Employment, Interest, and Money* (1936; San Diego, CA: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1991).

¹¹ Guillen Romo, *La Contrarrevolucion Neoliberal*; Harvey, *A Brief History*; Duncan Green, *Silent Revolution: The Rise and Crisis of Market Economics in Latin America*, 2nd ed. (New York: Monthly Review Press, 2010).

¹² Las fuentes incluyen: Friedrich von Hayek, *Economic Freedom* (Oxford, UK: B. Blackwell, 1991), and Milton Friedman, *Capitalism and Freedom* (1962; Chicago: University of Chicago Press, 2002).

¹³ Harvey, *A Brief History*; Sabina Alkire and Angus Ritchie, “Winning Ideas:

Lessons from Free-Market Economics,” *Oxford Poverty and Human Initiative Working Paper Series*, Working Paper No. 6, <http://www.ophi.org.uk/working-paper-number-06/>, consultado en noviembre 12, 2010.

¹⁴ Francis Fukuyama, *State-Building: Governance and World Order in the 21st Century* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 2004).

¹⁵ Leslie Schuld, “El Salvador: Anti-Privatization Victory,” *NACLA Report on the Americas* 37, no. 1 (2003): 1; Asa Cristina Laurell, “Health Reform in Mexico: The Promotion of Inequalities,” *International Journal of Health Services* 31 (2001): 291–321; Asa Cristina Laurell, *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social: Cómo Garantizar y Ampliar tus Conquistas Históricas* (Ciudad de México: Editorial Planeta Mexicana, 2001); Celia Iriart, Emerson Merhy, and Howard Waitzkin, “Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Health Policy Reform,” *Social Science and Medicine* 52 (2001): 1243–1253.

¹⁶ El nuevo “sentido común” en las reformas de las políticas de salud recibe atención en el capítulo 10.

¹⁷ Robinson, *A Theory of Global Capitalism*.

¹⁸ Harvey, *A Brief History*.

¹⁹ Korten, *When Corporations Rule the World*, p. 87.

²⁰ Public Citizen, “The Medicare Drug War,” www.citizen.org/documents/MedicareDrug-WarReportREVISED72104.pdf, consultado en noviembre 12, 2010.

²¹ Richard J. Barnet and Ronald E. Mueller, *Global Reach: The Power of the Multinational Corporations* (New York: Simon & Schuster, 1974).

²² Walden Bello, *Dilemmas of Domination: The Unmaking of the American Empire* (New York: Metropolitan, 2005).

²³ Barnet and Mueller, *Global Reach*.

²⁴ Green, *Silent Revolution*.

²⁵ Robinson, *A Theory of Global Capitalism*.

²⁶ *Ibid.* Immanuel Wallerstein desarrolló la teoría de la hegemonía económica y poder político en “Three Hegemonies,” en P. Karl O’Brien y Armand Clesse, eds., *Two Hegemonies: Britain 1846–1914 and the United States 1941–2001* (Aldershot, UK: Ashgate, 2002); *World-Systems Analysis: An Introduction* (Durham: Duke University Press, 2004); y *Alternatives: The U.S. Confronts the World* (Boulder, CO: Paradigm, 2004). Para análisis relacionados, véase Jonathan Friedman and Christopher Chase-Dunn, eds., *Hegemonic Decline: Present and Past* (Boulder, CO: Paradigm, 2005).

²⁷ Robinson, *A Theory of Global Capitalism*, pp. 101–103.

²⁸ Utilizamos el término “sociedad civil” en el siguiente sentido: Sociedad civil se refiere al campo de acción colectiva no coaccionada alrededor de intereses, propósitos y valores compartidos. En teoría, sus formas institucionales son diferentes que las del Estado, la familia y el mercado, aunque en la práctica, las fronteras entre Estado, sociedad civil, familia y mercado, a menudo complejas, se desdibujan y se negocian. La sociedad civil comúnmente abarca una diversidad de espacios, actores y formas institucionales, variando en sus grados de formalidad, autonomía

y poder. Las sociedades civiles son a menudo pobladas por organizaciones como caridades registradas, organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, grupos comunitarios, organizaciones de mujeres, organizaciones basadas en la fe, asociaciones de profesionales, sindicatos de comercio, grupos de auto ayuda, movimientos sociales, asociaciones de negocios, colaiciones y grupo[s] de defensa. –London School of Economics, “What Is Civil Society?” www.lse.ac.uk/collections/CCS/what_is_civil_society.htm, consultado en junio 26, 2010.

²⁹ Michael Hardt y Antonio Negri, *Empire* (Cambridge, M A: Harvard University Press, 2000). Circuitos globales se refiere a las rutas espaciales que se recorrieron en esta era del presente del imperio: rutas comerciales/de intercambio/corporativas (Davós, Ginebra, Nueva York, Londres, Dubái, es decir, los lugares donde el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio, etc., mantenían sus grandes reuniones y cumbres), las rutas de producción y comercialización (estas eran de cierto modo diferentes para productos diferentes, dependiendo de si eran agrícolas, manufacturados, etc.), y rutas de moda (París, Milán, Londres, Nueva York, etc.). Véase también Saskia Sassen, “Locating Cities on Global Circuits,” *Environment and Urbanization* 14, no. 1 (2002): 13–30.

³⁰ En los siguientes párrafos, utilizamos el “Imperio” con mayúscula para referirnos a la conceptualización de Hardt y Negri.

³¹ Hardt y Negri, *Empire*, p. xxii.

³² *Ibid.*, p. 15.

³³ *Ibid.*, pp. 24–27.

³⁴ *Ibid.*, p. 31.

³⁵ *Ibid.*, pp. 16–17, 34. Noam Chomsky ha criticado estas justificaciones ideológicas para la Guerra en el presente del imperio, por ejemplo, en *Imperial Ambitions: Conversations on the Post-9/11 World* (New York: Metropolitan, 2005); *What We Say Goes: Conversations on U.S. Power in a Changing World* (New York: Metropolitan, 2005); y *Making the Future: The Unipolar Imperial Moment* (San Francisco: City Light Books, 2010).

³⁶ Hardt y Negri, *Empire*, pp. 35–36.

³⁷ *Ibid.*, pp. 42–63.

³⁸ En este y capítulos posteriores, utilizo el tiempo pasado para referirme a los eventos y tendencias que surgieron durante lo que he llamado el “presente del imperio”, que va desde 1980 hasta 2010. Para una vision general de los temas analizados en este capítulo, ver: Ellen R. Shaffer, Howard Waitzkin, Rebeca Jasso–Aguilar, and Joseph Brenner, “Global Trade and Public Health,” *American Journal of Public Health* 95 (2005): 23–34; y Howard Waitzkin, “Global Trade and Public Health [letter],” *American Journal of Public Health* 95 (2005): 192–193. Muchos otros artículos ofrecen perspectivas pertinentes sobre estos temas: Ted Schrecker, Ronald Labonte, and Roberto De Vogli, “Globalisation and Health: The Need for a Global Vision,” *Lancet* 372 (2008): 1670–1676; David P. Fidler, Nick Drager, and Kel–ley Lee, “Managing the Pursuit of Health and Wealth: The Key Challenges,” *Lancet* 373 (2009): 325–331; Kelley Lee, Devi Sridhar, and Mayur Patel, “Bridging the Divide: Global Governance of Trade and Health,” *Lancet* 373 (2009): 416 – 422;

Chantal Blouin, Mickey Chopra, and Rolph van der Hoeven, "Trade and Social Determinants of Health," *Lancet* 373 (2009): 502–507.

³⁹ Ilona Kickbusch, "The Development of International Health Policies—Accountability Intact?" *Social Science & Medicine* 51 (2000): 979–989.

⁴⁰ Lori Wallach and Patrick Woodall, *Whose Trade Organization?: A Comprehensive Guide to the WTO* (New York: New Press, 2004).

⁴¹ Nick Drager y Carlos Vieira, *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives* (Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002).

⁴² Lori Wallach, "Accountable Governance in the Era of Globalization: The W TO, NA FTA, and International Harmonization of Standards," *University of Kansas Law Review* 50 (2002): 823–865.

⁴³ Walden Bello, "Reforming the W TO Is the Wrong Agenda," en Kevin Danaher y Roger Burbach, eds. *Globalize This! The Battle Against the World Trade Organization and Corporate Rule* (Monroe, ME: Common Courage Press, 2000).

⁴⁴ Wallach and Woodall, *Whose Trade Organization?*

⁴⁵ Sarah Anderson, *Seven Years Under NAFTA* (Washington, DC: Institute for Policy Studies, 2003).

⁴⁶ Carnegie Endowment for International Peace, *NAFTA's Promises and Realities: Lessons from Mexico for the Hemisphere* (Washington, DC: The Endowment, 2004).

⁴⁷ Alejandro Nadal, Francisco Aguayo, and Marcos Chávez, "Los Siete Mitos del TLC: Lecciones para América Latina," *La Jornada* (Mexico D.F), <http://colombia.indymedia.org/news/2003/11/7907.php>, visto en Noviembre 12, 2010.

⁴⁸ Nùria Homedes y Antonio Ugalde, "Globalization and Health at the United States–Mexico Border," *American Journal of Public Health* 93 (2003): 2016–2022.

⁴⁹ Aquellos que iniciaron esta medida la justificaron citando un precedente en el campo de la expropiación, donde los gobiernos compensaban a los individuos y las compañías si la propiedad se expropiaba para construir trabajos públicos como grandes autopistas: Richard Epstein, *Takings: Private Property and the Power of Eminent Domain* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1985).

⁵⁰ U.S. Department of State, "Metalclad Corporation v. United Mexican States," www.state.gov/s/l/c3752.htm, consultado en noviembre 12, 2010; Michelle Sforza, "MAI and the Metalclad case," www.greenleft.org.au/1998/331/20498, consultado en noviembre 12, 2010.

⁵¹ William Greider, "The Right and U.S. Trade Law: Invalidating the 20th Century," *The Nation* 273 (2001): 21–29.

⁵² Coalition of Service Industries, "Response to Federal Register Notice of March 28, 2000: Solicitation of Public Comment for Mandated Multilateral Trade Negotiations on Agriculture and Services in the *World Trade Organization* and Priorities for Future Market Access Negotiations on Non–Agricultural Goods," www.uscsi.org/publications/papers/CSIFedReg2000.pdf, consultado en noviembre 12, 2010.

⁵³ Karen Stocker, Howard Waitzkin, y Celia Iriart, "The Exportation of Managed Care to Latin America," *New England Journal of Medicine* 340 (1999): 1131–1136; Celia Iriart, Emerson Elias Merhy, y Howard Waitzkin, "Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Health Policy Reform," *Social Sciences*

Medicine 52 (2001): 1243–1253; Howard Waitzkin y Celia Iriart, “How the United States Exports Managed Care to Third World Countries”, *Monthly Review* 52 (2000): 21–35.

⁵⁴ Meredith Turshen, *Privatizing Health Services in Africa* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1999); Mohan Rao, ed., *Disinvesting in Health: The World Bank’s Prescriptions for Health* (New Delhi: Sage, 1999).

⁵⁵ World Trade Organization, “General Agreement on Trade in Services,” www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats.doc, consultado en noviembre 12, 2010.

⁵⁶ John Hilary, *The Wrong Model: GATS, Trade Liberalization and Children’s Right to Health* (London, UK: Save the Children, 2001).

⁵⁷ U.S. International Trade Commission, “U.S. Schedule of Commitments Under the General Agreement on Trade in Services,” 1998, <http://catalogue.nla.gov.au/Record/3825052>, consultado en noviembre 12, 2010.

⁵⁸ Rudolf Adlung y Antonia Carzaniga, “Health Services Under the General Agreement on Trade in Services,” *Bulletin of the World Health Organization* 79 (2001): 352–364.

⁵⁹ Trade Observatory, Institute for Agriculture and Trade Policy, “GATS Requests by State,” www.citizen.org/documents/leaked_W_TO_Service_requests.pdf, consultado en noviembre 12, 2010.

⁶⁰ Office of the United States Trade Representative, “Trade Facts: Free Trade in Services,” www.ustr.gov/sectors/services/2003-03-31-services-tradefacts.pdf, consultado en abril 8, 2010.

⁶¹ Trade Observatory, “GATS Requests by State.”

⁶² Allyson M. Pollock y Dominique Price, “Rewriting the Regulations: How the World Trade Organisation Could Accelerate Privatisation in Health Care Systems,” *Lancet* 356 (2000): 1995–2000; Allyson Pollock y Dominique Price, “The Public Health Implication of World Trade Negotiations on the General Agreement on Trade in Services and Public Services,” *Lancet* 362 (2003): 1072–1075; Richard D Smith, Rupa Chanda, y Viroj Tangcharoensathien, “Trade in Health-Related Services,” *Lancet* 373 (2009): 593–601; Nicholas Skala, The Potential Impact of the World Trade Organization’s General Agreement on Trade in Services on Health System Reform and Regulation in the United States,” *International Journal of Health Services* 39 (2009): 363–387.

⁶³ Richard D Smith, Carlos Correa, y Cecilia Oh, “Trade, TRIPS, and Pharmaceuticals,” *Lancet* 373 (2009): 684–691.

⁶⁴ Wallach y Woodall, *Whose Trade Organization?*; Stephen W. Schondelmeyer, *Economic Impact of GATT Patent Extension on Currently Marketed Drugs* (Minneapolis: PR IME Institute, College of Pharmacy, University of Minnesota, 1995).

⁶⁵ George J. Annas, “The Right to Health and the Nevirapine Case in South Africa”, *New England Journal of Medicine* 348 (2003): 750–754; David Barnard, “In the High Court of South Africa, Case No. 4138/98: The Global Politics of Access to Low-Cost AIDS Drugs in Poor Countries,” *Kennedy Institute of Ethics Journal* 12 (2002): 159–174; Siripen Supakankunti, et al., “Impact of the World Trade

Organization TRIPS Agreement on the Pharmaceutical Industry in Thailand,” *Bulletin of the World Health Organization* 79 (2001): 461–470.

⁶⁶ Editors, “Brazil Fights for Affordable Drugs Against HI V/A IDS,” *Pan American Journal of Public Health* 9 (2001): 331–337.

⁶⁷ World Trade Organization, General Council, “Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health,” www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm, consultado en noviembre 12, 2010.

⁶⁸ Doctors Without Borders, “Doha Derailed: A Progress Report on TR IPS and Access to Medicines,” Cancún, Mexico, 2003, www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2003/cancun_report.pdf, consultado en noviembre 12, 2010 ; John H. Barton, “TRIPS and the Global Pharmaceutical Market,” *Health Affairs* 23 (2004): 146 –154; Amir Attaran, “How Do Patents and Economic Policies Affect Access to Essential Medicines in Developing Countries?” *Health Affairs* 23 (2004): 155–166; Smith, Correa, y Oh, “Trade, TRIPS, and Pharmaceuticals.”

⁶⁹ Ronald Labonte, “From the Global Market to the Global Village: ‘Free’ Trade, Health and the *World Trade Organization*,” *Promotion et Education* 10, no. 1 (2003): 23–25, 33–39, 46; Nicolas Checa, John Maguire, and Jonathan Barney, “The New World Disorder,” *Harvard Business Review* 81, no. 8 (2003): 70 –79, 140; Richard D. Smith, Kelley Lee, and Nick Drager, “Trade and Health: An Agenda for Action,” *Lancet* 373 (2009): 768–773.

⁷⁰ Editors, “Brazil Fights for Affordable Drugs Against HIV/AIDS,” *Pan American Journal of Public Health* 9 (2001): 331–337.

⁷¹ World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health* (Washington, DC: World Bank, 1993).

⁷² Asa Cristina Laurell and Oliva López Arellano, “Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health,” *International Journal of Health Services* 26 (1996): 1–18; Mohan Rao, ed., *Disinvesting in Health: The World Bank’s Prescriptions for Health* (New Delhi: Sage, 1999); Meredith Turshen, *Privatizing Health Services in Africa* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1999).

⁷³ Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development* (Geneva: World Health Organization, 2001).

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 1.

⁷⁵ World Bank. *World Development Report 1993*.

⁷⁶ Jeffrey Sachs, “The Report of the Commission on *Macroeconomics and Health*,” presented at the annual meeting of the American Public Health Association, Atlanta, Georgia, 2001.

⁷⁷ Commission, *Macroeconomics and Health*, p. 4.

⁷⁸ *Ibíd.*, p. 57.

⁷⁹ *Ibíd.*, p. 101.

⁸⁰ *Ibíd.*, pp. 32–42.

⁸¹ *Ibíd.*, pp. 57–60.

⁸² Allyson M. Pollock and David Price, “Rewriting the Regulations: How the *World Trade Organisation* Could Accelerate Privatisation in Health–Care Systems,”

Lancet 356 (2000): 1995–2000; David Price, Allyson M. Pollock, and Jean Shaoul, “How the *World Trade Organisation* Is Shaping Domestic Policies in Health Care,” *Lancet* 354 (1999): 1889–1892; Ellen R. Shaffer, Howard Waitzkin, Rebeca Jasso-Aguilar, and Joseph Brenner, “Global Trade and Public Health,” *American Journal of Public Health* 95 (2005): 23–34.

⁸³ Commission, *Macroeconomics and Health*, p. 8.

⁸⁴ World Bank, *World Development Report 1993*.

⁸⁵ World Health Organization, *World Health Report 2000* (Geneva: World Health Organization, 2000).

⁸⁶ Commission, *Macroeconomics and Health*, p. 66.

⁸⁷ *Ibíd.*, pp. 64–73.

⁸⁸ *Ibíd.*, p. 6.

⁸⁹ World Health Organization. *World Health Report 2000*; Julio Frenk and Felicia Knaul, “Health and the Economy: Empowerment through Evidence” (editorial on the Report of the Commission on Macroeconomics and Health), *Bulletin of the World Health Organization* 80 (2002): 88.

⁹⁰ Thomas S. Bodenheimer and Kevin Grumbach, *Understanding Health Policy* (Stamford, CT: Appleton & Lange, 2009).

⁹¹ Karen Stocker, Howard Waitzkin, and Celia Iriart, “The Exportation of Managed Care to Latin America,” *New England Journal of Medicine* 340 (1999): 131–136; Celia Iriart, Emerson Merhy, and Howard Waitzkin, “Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Health Policy Reform,” *Social Science & Medicine* 52 (2001): 1243–1253.

⁹² Stocker, Waitzkin, and Iriart, “The Exportation of Managed Care to Latin America.”

⁹³ Commission, *Macroeconomics and Health*, pp. 9, 13–14, 109.

⁹⁴ James Tobin, *The New Economics, One Decade Older* (Eliot Janeway Lectures on Historical Economics in Honor of Joseph Schumpeter) (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1974); Kavaljit Singh, *Taming Global Financial Flows: A Citizen's Guide* (New York: Zed Books, 2000).

⁹⁵ Los argumentos que respaldan un impuesto Tobin para prevenir la volatilidad del mercado incluyen: Lawrence H. Summers and V. P. Summers, “When Financial Markets Work Too Well: A Cautious Case for a Securities Transactions Tax,” *Journal of Financial Services Research* 3 (1989): 163–188; Paul Krugman, “Taxing the Speculators,” *New York Times*, November 26, 2009, www.nytimes.com/2009/11/27/opinion/27krugman.html, consultado julio 3, 2010. Perspectives on a Tobin tax as a method of global poverty reduction include: Duncan Green, “Tobin Tax Update: How Momentum Is Building for a Financial Transactions Tax,” www.oxfamblogs.org/fp2p/?p=1589, consultado julio 3, 2010; Robert Lee, “Global Economists Call For Tobin Tax,” www.tax-news.com/news/Global_Economists_Call_For_Tobin_Tax_41720.html, consultado julio 3, 2010.

⁹⁶ Commission, *Macroeconomics and Health*, p. 20.

⁹⁷ *Ibíd.*, pp. 14–15, 103–108.

⁹⁸ Vicente Navarro, “Assessment of the *World Health Report 2000*,” *Lancet*

356 (2000): 1598–1601; Celia Almeida, et al., “Methodological Concerns and Recommendations on Policy Consequences of the *World Health Report 2000*,” *Lancet* 357 (2001): 1692–1697.

⁹⁹ Commission, *Macroeconomics and Health*, p. 23.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 16.

¹⁰¹ *Ibid.*, pp. 16–17.

¹⁰² *Ibid.*, pp. 86–91.

¹⁰³ Amir Attaran and Lee Gillespie–White, “Do Patents for Antiretroviral Drugs Constrain Access to AIDS Treatment in Africa?” *JAMA* 286 (2001): 1886–1892.

¹⁰⁴ Richard Horton, “WHO: The Casualties and Compromises of Renewal,” *Lancet* 359 (2002): 1605–1611; Editors, “Patently Robbing the Poor to Serve the Rich,” *Lancet* 360 (2002): 885; David Wilson, Paul Cawthorne, Nathan Ford, and Saree Aongsonwang, “Global Trade and Access to Medicines: AIDS Treatments in Thailand,” *Lancet* 354 (1999): 1893–1895.

¹⁰⁵ Anne–Emanuelle Birn, “Gates’s Grandest Challenge: Transcending Technology as Public Health Ideology,” *Lancet* 366 (2005): 514–519; Anne–Emanuelle Birn, Yogan Pillay, Timothy H. Holtz, eds., *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World* (New York: Oxford University Press, 2009), cap. 2.

¹⁰⁶ Eli Ginzberg and Miriam Ostow, “Managed Care—A Look Back and A Look Ahead,” *New England Journal of Medicine* 336 (1997): 1018–1020.

¹⁰⁷ John C. Lewis, “Latin American Managed Care Partnering Opportunities,” presented to the Eighth Congress of the Association of Latin American Pre–Paid Health Plans (ALAMI), São Paulo, Brazil, November 8, 1996.

¹⁰⁸ George Anders and Ron Winslow, “Turn for the Worse: HMOs’ Woes Reflect Conflicting Demands of American Public,” *Wall Street Journal*, December 22, 1997, p. A1.

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ Mary Jane Fisher, “Managed Care Plans Exit Medicare,” *National Underwriter*, July 10, 2000, pp. 1–2; Laura McGinley and Ron Winslow, “Major HMOs to Quit Medicare Markets,” *Wall Street Journal*, June 30, 2000, p. A2.

¹¹² Rhonda L. Rundle, “Health Care Firms to Cut Medicare, Affecting More Than 500,000 Seniors,” *Wall Street Journal*, September 24, 2001, p. B4.

¹¹³ Vicky Lankarge, “Medicare HMO Withdrawals in 2001: A State–by–State List of Pullouts,” www.insure.com/articles/healthinsurance/medicare-drops-seniors.html, accessed November 12, 2010; see also: Haiden A. Huskamp, Deborah W. Garnick, Kristina W. Hanson, and Constance Horgan, “The Impact of Withdrawals by Medicaid Managed Care Plans on Behavioral Health Services,” *Psychiatric Services* 52 (2001): 600–602.

¹¹⁴ Johanna Bennett and Laurie McGinley, “CIGNA Medicare–HMO Retreat May Signal Trend,” *Wall Street Journal*, June 5, 2000, p. B2.

¹¹⁵ David Price, Allyson Pollock, and Jean Shaoul, “How the *World Trade Organization* Is Shaping Domestic Policies in Healthcare,” *Lancet* 354 (1999): 1889–1892.

¹¹⁶ David Swafford, “A Healthy Trend,” *Latin Finance*, December 1996; Roberto Cisneros, “International Benefits and Risk Management: Managed Care Makes Inroads in Latin America,” *Business Insurance*, October 6, 1997; Editors, “Healthcare Dream for Insurers: Will Social Security Changes Lead to Major Surgery on the Medical System?” *Financial Times*, October 23, 1997.

¹¹⁷ Milt Freudenheim y Clifford Krauss, “Dancing to a New Healthcare Beat; Latin America Becomes Ripe for US Companies’ Picking,” *New York Times*, June 16, 1999.

¹¹⁸ Robert Kuttner, “Must Good HMOs Go Bad?” *New England Journal of Medicine* 338 (1998): 1558–1563, 1635–1639; William A. Glaser, “The Competition Vogue and Its Outcomes,” *Lancet* 341 (1993): 805–812; Alan Jacobs, “Seeing the Difference: Market Health Reform in Europe,” *Journal of Health Politics, Policy and Law* 23 (1998): 1–33.

¹¹⁹ Alain Enthoven, *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance* (Amsterdam: North Holland/Elsevier, 1988).

¹²⁰ Howard Waitzkin, “The Strange Career of Managed Competition: Military Failure to Medical Success?” *American Journal of Public Health* 84 (1994): 482–489; Donald W. Light, “Lessons for the United States: Britain’s Experience with Managed Competition,” in John D. Wilkerson, Kelly J. Devers, and Ruth S. Given, eds., *Competitive Managed Care: The Emerging Health Care System* (San Francisco: Jossey-Bass, 1997).

¹²¹ Christoph Hermann, “The Marketization of Health Care in Europe,” in Leo Panitch and Colin Leys, eds., *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism* (New York: *Monthly Review Press*) (Socialist Register), 2009). See also Maureen Mackintosh and Meri Koivusalo, eds., *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses* (New York: Palgrave Macmillan and United Nations Research Institute for Social Development, 2005).

¹²² Las instituciones e investigadores participantes en el estudio sobre la atención gerenciada en América Latina patrocinado por la Organización Mundial de la Salud fueron la Universidad de Buenos Aires, Argentina (Celia Iriart, Silvia Faraone, Marcela Quiroga, y Francisco Leone); la Universidad de Campinas, Brasil (Emerson Elias Merhy y Florianita Coelho Braga Campos); el Grupo de Investigación y Capacitación en Medicina Social de Santiago, Chile (Alfredo Estrada, Enrique Barilari, Silvia Riquelme, Jaime Sepúlveda, Marilú Soto, y Carlos Montoya); el Centro de Estudios y Asesoría en Salud de Quito, Ecuador (Arturo Campaña, Jaime Breilh, Marcos Maldonado, y Francisco Hidalgo); y la Universidad de New Mexico (Howard Waitzkin y Karen Stocker). Los coordinadores generales del estudio fueron Celia Iriart y Howard Waitzkin. Un informe inicial sobre este trabajo aparece en Karen Stocker, Howard Waitzkin, y Celia Iriart, “The Exportation of Managed Care to Latin America,” *New England Journal of Medicine* 340 (1999): 1131–1136.

¹²³ Louise Kertesz, “The New World of Managed Care,” *Modern Healthcare* (November 1997): 114–120.

¹²⁴ Swafford, “A Healthy Trend.”

- ¹²⁵ Kertesz, “The New World of Managed Care.”
- ¹²⁶ Celia Iriart, Francisco Leone, y Mario Testa, “Las Políticas de Salud en el Marco del Ajuste,” *Cuadernos Médico Sociales* (Argentina) 70 (1995): 5–21
- ¹²⁷ Asociación Gremial de ISAPREs de Chile, *Las ISAPREs: Hacia la Modernidad en Salud* (Santiago, Chile: CIEDESS, 1996).
- ¹²⁸ Michael Tangeman, “The Mañana Pension Bonanza,” *Institutional Investor* 31, no. 2 (1997): 69–72.
- ¹²⁹ Kertesz, “The New World of Managed Care”; J. Welsh, “Here’s a Bunch of Doctors Willing to Make House Calls,” *World Trade* 8, no. 11 (1995): 24–26.
- ¹³⁰ Economic Commission for Latin America and the Caribbean, *Latin America and the Caribbean: Total Gross Domestic Product* (Santiago, Chile: CEPAL, 1997); Frederick Schmitt, “Aetna Stake Gives It Entree into Brazil’s Life Insurance Market,” *National Underwriter* 101, no. 7 (1997): 57.
- ¹³¹ Inter-American Development Bank, *Latin America After a Decade of Reforms: Economic and Social Progress, 1997 Report* (Washington, DC: Johns Hopkins University Press, 1997).
- ¹³² World Bank, *World Development Report 1993, Investing in Health* (Washington, DC: World Bank, 1993).
- ¹³³ Asa Cristina Laurell and Oliva López, “Market Commodities and Poor Relief: The World Bank’s Proposal for Health,” *International Journal of Health Services* 26 (1996): 1–18.
- ¹³⁴ Celia Iriart, “La Reforma del Sector Salud en Argentina”, en *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario* (Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1997).
- ¹³⁵ Asociación Colombiana de la Salud, “Performance Evaluation of Public Hospitals Under a New Entrepreneurial Form,” *Informing & Reforming, Newsletter of the International Clearinghouse of Health System Reform Initiatives* (Mexico City: ICHSRI, 1997), no. 4.
- ¹³⁶ Manuel Guitián, *The Unique Nature of the Responsibilities of the IMF, Pamphlet Series* (Washington, DC: International Monetary Fund, 1992).
- ¹³⁷ Kertesz, “The New World of Managed Care.”
- ¹³⁸ *Ibid.*
- ¹³⁹ Stocker, Waitzkin, and Iriart, “The Exportation of Managed Care to Latin America.”
- ¹⁴⁰ *Ibid.*; Anthony J. McMichael and Robert Beaglehole, “The Changing Global Context of Public Health,” *Lancet* 356 (2000): 495–499; Kasturi Sen and Meri Koivusalo, “Healthcare Reforms and Developing Countries—A Critical Overview,” *International Journal of Health Planning and Management* 13 (1998): 199–215; Celia Iriart, Emerson E. Merhy, and Howard Waitzkin, “La Atención Gerenciada en América Latina: Transnacionalización de Sector Salud en un Contexto de la Reforma,” *Cadernos Saúde Pública* (Brazil) 16 (2000): 95–105.
- ¹⁴¹ Francisco Armada, Carles Muntaner, and Vicente Navarro, “Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations,” *International*

Journal of Health Services 31 (2001): 729–768.

¹⁴² Debra J. Lipson, “The World Trade Organization’s Trade Agenda,” *British Medical Journal* 323 (2001): 1139–1140; Simonetta Zarrilli, “Identifying a Trade–Negotiating Agenda,” in *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*, ed. Nick Drager and Carlos Vieira (Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002).

¹⁴³ Roberto Cenicerós, “Managed Care Makes Inroads in Latin America,” *Business Insurance* October 6, 1997, pp. 3–4

¹⁴⁴ “Aetna International Sells Canadian Operations to Maritime Life,” www.aetna.com/news/1999/pr_19990419b.htm, consultado en julio 3, 2010.

¹⁴⁵ Catherine Smith, “Aetna Announces Letter of Intent to Form Joint Venture in Brazil with Sul America Seguros,” www.thefreelibrary.com/Aetna+announces+letter+of+intent+to+form+joint+venture+in+Brazil+with...-a019085449, consultado en noviembre 12, 2010.

¹⁴⁶ Cenicerós, “Managed Care Makes Inroads in Latin America.”

¹⁴⁷ Swafford, “A Healthy Trend.”

¹⁴⁸ Kertesz, “The New World of Managed Care.”

¹⁴⁹ Swafford, “A Healthy Trend.”

¹⁵⁰ Cenicerós, “Managed Care Makes Inroads in Latin America.”

¹⁵¹ Kertesz, “The New World of Managed Care.”

¹⁵² “Fuente de las Empresas del Exxel Group,” *Revista Noticias Editorial Perfil* (Buenos Aires), December 8, 1997.

¹⁵³ Hugo E. Arce, *Tendencias, Escenarios y Fenómenos Emergentes en la Configuración del Sector Salud en la Argentina* (Santiago, Chile: United Nations, Proyecto CEPAL/GTZ, 1997).

¹⁵⁴ “Aetna Completes Sale of Financial Services and International Businesses to ING and Spinoff of Health Business to Its Shareholders,” www.aetna.com/news/2000/pr_20001213b.htm, consultado en julio 3, 2010; “Aetna Announces Actions to Improve Profitability and Competitiveness,” www.aetna.com/news/2000/pr_20001218.htm, visto en Noviembre 12, 2010.

¹⁵⁵ CIGNA Corporation, “Form 10–K Submitted to the U.S. Securities and Exchange Commission for Fiscal Years 1998 and 1999,” *Lexis–Nexis Academic Universe: Business*, visto en Diciembre 15, 2002, www.panoramabrasil.com.br/por/noticia_completa.asp?p=conteudo/txt/2002/02/08/20276478.htm&.2002 www.panoramabrasil.com.br/por/noticia_completa.asp?p=conteudo/txt/2003/01/17/20644479.htm&.2003, consultado en julio 20, 2004.

¹⁵⁶ Wharton School, “The Changing Face of Strategic Alliances in Latin America,” www62.homepage.villanova.edu/jonathan.doh/LA.alliances.pdf, consultado en noviembre 12, 2010.

¹⁵⁷ Mark Sherman, “Medicare: In Shift, HMOs Plan to Cut Premiums, Enhance Benefits,” *Associated Press*, February 1, 2004, <http://news.google.com/newspapers?nid=1908&dat=20040201&id=JQYxAAAAIBAJ&sjid=PuAFAAAAIBA&pg=5358,102782>, consultado en noviembre 12, 2010.

¹⁵⁸ Alfredo Estrada, Enrique Barilari, Jaime Sepúlveda, and Marisol Soto, *Atención*

Gerenciada en Chile: Informe Final (Santiago, Chile: Centro de Investigación y Capacitación en Salud, 1998).

¹⁵⁹ Celia Iriart, Francisco Leone, and Mario Testa, *Evaluación de los Hospitales Estatales de la Provincia de Tierra del Fuego*. Ushuaia (Buenos Aires: Instituto de Servicios Sociales, 1995).

¹⁶⁰ Celia Iriart, Silvia Faraone, and Francisco Leone, *Atención Gerenciada en Argentina: Informe Final* (Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1998).

¹⁶¹ *Ibíd.*

¹⁶² Estrada, Barilari, Sepúlveda, and Soto, *Atención Gerenciada en Chile*.

¹⁶³ *Ibíd.*

¹⁶⁴ Francisco Hidalgo, "Reforma del Estado y Sociedad Civil en el Marco de Propuestas Alternativas," en *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario* (Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1997).

¹⁶⁵ Emerson E. Merhy, *Atenção Gerenciada em Brasil: Relatório Final* (Campinas, Brazil: Universidade Federal de Campinas, 1998).

¹⁶⁶ Estoy agradecido con Rebeca Jasso-Aguilar y Angela Landwehr por las observaciones en campo y las entrevistas, en México y Brasil respectivamente, que contribuyeron a la elaboración de este capítulo.

¹⁶⁷ Karen Stocker, Howard Waitzkin, and Celia Iriart, "The Exportation of Managed Care to Latin America," *New England Journal of Medicine* 340 (1999): 1131–1136; Mohan Rao, ed., *Disinvesting in Health: The World Bank's Prescriptions for Health* (Newbury Park, CA: Sage, 1999); World Health Organization, *World Health Report 2000* (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000).

¹⁶⁸ Jim Y. Kim et al., eds, *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor* (Monroe, ME: Common Courage Press, 2000).

¹⁶⁹ Stocker, Waitzkin, and Iriart, "The Exportation of Managed Care to Latin America"; Celia Iriart, Emerson E. Merhy, and Howard Waitzkin, "Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Health Policy," *Social Science and Medicine* 52 (2001): 1243–1253.

¹⁷⁰ Allyson Pollock and David Price, "Rewriting the Regulations: How the World Trade Organization Could Accelerate Privatisation in Health Care Systems," *Lancet* 356 (2000): 1995–2000.

¹⁷¹ Asa Cristina Laurell, "Health Reform in Mexico: The Promotion of Inequality," *International Journal of Health Services* 31 (2001): 291–321.

¹⁷² *Ibíd.*

¹⁷³ World Bank, "Mexico: Country Strategy and Implementation Review Meetings (CISR)" (summary minutes, manuscript) (Washington, DC: World Bank, 1995), cited in Asa Cristina Laurell, "La Reforma del Estado y la Política Social en México," *Nueva Sociedad* 164 (December 1999): 146–158.

¹⁷⁴ Asa Cristina Laurell, *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social: Como Garantizar y Ampliar Tus Conquistas Históricas* (Mexico City, Mexico: Editorial Planeta Mexicana, 2001).

¹⁷⁵ World Bank, "Mexico: Country Strategy and Implementation Review Meetings (CISR)," p. 6.

¹⁷⁶ *Ibíd.*, p. 7.

¹⁷⁷ Laurell, "Health Reform in Mexico."

¹⁷⁸ Scott Hensley, "Brazilian Healthcare at a Crossroads: Private Sector Flourishes as the Government Program Buckles Under Heavy Demand, Lack of Funding," *Modern Healthcare* (May 17, 1999): 34.

¹⁷⁹ International Monetary Fund, "Brazil—Letter of Intent," Brazil Memorandum of Economic Policies, 1999, www.imf.org/external/np/loi/1999/070299.htm, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁸⁰ Pan American Health Organization, "Brazilian General Situation and Trends: Country Health Profile," www.paho.org/English/SHA/prfl/BRA.htm, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁸¹ Brazil, Lei 9,656/1998, Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Legislação, Lei dos Planos de Saúde, Regulamentação dos Planos Privados de Assistência à Saúde, 1998, www6.senado.gov.br/pesquisa/preparaPesquisaBasica.action?argumento=Lei+9%2C656%2F1998&executa=s, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁸² Hensley, "Brazilian Healthcare at a Crossroads," p. 34.

¹⁸³ Gastão Wagner de Sousa Campos, *Reforma da Reforma: Repensando a Saúde*, 2nd ed. (São Paulo, Brazil: HUCITEC, 1997).

¹⁸⁴ Brazil, Lei 9,656/1998.

¹⁸⁵ André Cezar Médiçi, "A Dinâmica do Setor Saúde no Brasil. Transformações e Tendências nas Décadas de 80 e 90," *Cuadernos de la CEPAL* (Santiago, Chile: Naciones Unidas, 1997).

¹⁸⁶ World Bank, *Investing in Health: World Development Report 1993* (Oxford: Oxford University Press, 1993); Emerson E. Merhy and Wanderly S. Bueno, "Organizações Sociais: Autonomia de Quem e para Que?" Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil, 1998, www.datasus.gov.br/cns/temas/OSreflex2.htm, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁸⁷ Brazil, Norma Operacional Básica do SUS–96 (Basic Operational Norm–96), Ministério da Saúde, Legislação, 1996, <http://saude.teresina.pi.gov.br/legislacao/NOBSUS96.htm>, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁸⁸ Merhy and Bueno, "Organizações Sociais."

¹⁸⁹ Más detalles acerca de la entrada de las organizaciones de atención gerenciada en el mercado brasileiro aparecen en el capítulo 8.

¹⁹⁰ Laurell, "Health Reform in Mexico."

¹⁹¹ Iriart, Merhy, and Waitzkin, "Managed Care in Latin America"; Stocker, Waitzkin, and Iriart, "The Exportation of Managed Care to Latin America"; Howard Waitzkin and Celia Iriart, "How the United States Exports Managed Care to Third World Countries," *Monthly Review* 52, no. 1 (2000): 21–35.

¹⁹² Francisco Armada, Carles Muntaner, and Vicente Navarro, "Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations," *International Journal of Health Services* 31 (2001): 729–768.

¹⁹³ World Bank, *Mexico Health System Reform* (Washington, DC: World Bank,

1998).

¹⁹⁴ Laurell, “Health Reform in Mexico.”

¹⁹⁵ *Ibíd.*

¹⁹⁶ *Ibíd.* Para una relación de los diseñadores de la reforma mexicana, véase Julio Frenk, et al., “Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico,” *Lancet* 368 (2006): 1524–1534.

¹⁹⁷ Laurell, “Health Reform in Mexico”; Laurell, *Mexicanos en Defensa de la Salud y la Seguridad Social*.

¹⁹⁸ Eduardo da Silva Vas, “Implantação do Managed Care no Brasil,” *Jornal da Associação Médica Brasileira* 42 (2001): 11, www.amb.org.br/teste/imprensa/jamb/jamb_2001_mai_jun.pdf, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁹⁹ Caio Prates, “Planos de Saúde Podem Ter CPI,” O Estado de Sao Paulo, <http://economia.estadao.com.br/busca/Planos%20de%20Sa%C3%BAde%20podem%20ter%20CPI>, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁰⁰ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios,” 2002, www.ibge.gov.br/home/, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁰¹ CNS, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, “Relatório da Reunião da Comissão do CNS de Acompanhamento do Processo Orçamentário,” <http://conselho.saude.gov.br>, consultado en julio 3, 2004.

²⁰² Celia Almeida, Claudia Travassos, Silvia Porto, and Maria Eliana Labra, “Health Sector Reform in Brazil: A Case Study of Inequality,” *International Journal of Health Services* 30 (2000): 129–162.

²⁰³ Estadão, “Retrocesso na Área de Saúde Suplementar,” O Estado de São Paulo, August 15, 2001, <http://www.irb-brasilre.com.br/cgi/clipping/internet/noticiasListar.cfm?dataBase=20010815>, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁰⁴ Laurell, “Health Reform in Mexico.”

²⁰⁵ Por “ideología”, me refiero a las distintas ideas e ideales que caracterizaron a un grupo social específico y que se volvieron la base de las normas claves en política y economía. Las teorías de la ideología que influenciaron la conceptualización del “sentido común” en este capítulo incluyen: Karl Marx y Friedrich Engels, *The German Ideology* (1844–1845; Amherst, NY: Prometheus Books, 1998); Louis Althusser, “Ideology and Ideological State Apparatuses,” en *Lenin and Philosophy and Other Essays* (New York: Monthly Review Press, 1971); y Slovoj Žižek, *The Sublime Object of Ideology* (London: Verso, 1989). Esta formulación también se parece a la exposición de “hegemonía” de Gramsci, refiriéndose a las ideas dominantes durante un periodo histórico específico (Antonio Gramsci, *The Prison Notebooks* [1929–1935; New York: Columbia University Press, 2007]), así como a la teoría “doxa” de Bourdieu, que se refiere a las ideas acerca de la realidad social que se dan por hecho en cualquier sociedad particular (Pierre Bourdieu, *Outline of a Theory of Practice* [Cambridge: Cambridge University Press, 1977]). Reconozco el importante papel que tuvieron los colegas Celia Iriart y Emerson Elías Merhy, en el desarrollo de la noción de “sentido común” en políticas de salud. Una versión anterior de estos temas aparece en Celia Iriart, Emerson Merhy, y Howard Waitzkin, “Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Health Policy

Reform,” *Social Science & Medicine* 52 (2001): 1243–1253.

²⁰⁶ Emerson E. Merhy, *A Saúde Pública como Política* (São Paulo, Brazil: Editora Hucitec, 1992); Celia Iriart, Laura Nervi, Beatriz Olivier, and Mario Testa, *Tecnoburocracia Sanitaria: Ciencia, Ideología y Profesionalización* (Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994).

²⁰⁷ O. P. Pedroso, “Informe del Consultor en Administración Hospitalaria,” Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1957; Comisión de Consultores, “Estudio de los Servicios de Salud Pública de la República Argentina,” Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1957.

²⁰⁸ Mario Testa, *Saber en Salud. La Construcción del Conocimiento* (Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997).

²⁰⁹ Benjamin Coriat, *El Taller y el Robot: Ensayos sobre el Fordismo y la Producción en Masa en la Era de la Electrónica* (Mexico City: Siglo XXI Editores, 1992); Roberto Feletti y Claudio Lozano, *Reestructuración Capitalista y Endeudamiento Externo Latinoamericano* (Buenos Aires: Editora Instituto de Estudios sobre Estado y Participación IDEP/CTA, 1997).

²¹⁰ Feletti y Lozano, *Reestructuración Capitalista y Endeudamiento Externo Latinoamericano*.

²¹¹ En este nuevo contexto, iniciamos una investigación comparativa de las reformas de salud, llevadas a cabo por equipos en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, y los Estados Unidos. Para información acerca de los investigadores e instituciones participantes, ver el capítulo 8, nota 17.

²¹² Organización Panamericana de la Salud, *Nuevas Modalidades de Organización de los Sistemas y Servicios de Salud en el Contexto de la Reforma Sectorial: La Atención Gerenciada* (Washington, DC: OPS [HSP/SILOS-40], 1996); Emerson E. Merhy, Celia Iriart, y Howard Waitzkin, “Atenção Gerenciada: Da Micro-Decisão Corporativa à Micro-Decisão Administrativa, um Caminho Igualmente Privatizante?” en *Managed Care: Alternativas de Gestão em Saúde* (São Paulo: Editora PROAHS/Editora Fundação Getulio Vargas, 1998), pp. 85–115; Rebeca Jasso-Aguilar, Howard Waitzkin, y Angela Landwehr, “Healthcare and Multinational Corporations in the United States and Latin America,” *Harvard Health Policy Review* 9 (2008): 158–172; Rebeca Jasso-Aguilar y Howard Waitzkin, “El Estado, las Multinacionales y la Medicina Contemporánea,” *Palimpsestus* (Bogotá, Colombia, especial sobre Ética, Capitalismo y Salud), 2009.

²¹³ L. C. Bresser Pereira, “Reforma Administrativa do Sistema de Saúde: Criação das Organizações Sociais,” Coloquio Técnico Previo a la XXV Reunión del Consejo Directivo del CLAD, Buenos Aires, 1995; Ministerio de Salud y Acción Social (Argentina), *Hospital Público de Autogestión* (Buenos Aires: Editora MSAS, 1997).

²¹⁴ Howard Waitzkin, “El Dilema de la Salud en Estados Unidos: Un Programa Nacional de Salud o Libre Mercado,” *Salud y Cambio* (Chile) 5, no. 15 (1994): 24–38; Howard Waitzkin y Jennifer Fishman, “Inside the System: The Patient–Physician Relationship in the Era of Managed Care,” en *Competitive Managed Care: The Emerging Health Care System*, ed. John Wilkerson, Kelly Devers, y Ruth Given (San Francisco: Jossey–Bass, 1997), pp. 136–161.

²¹⁵ En nuestras entrevistas, informantes como un directivo de la delegación del Banco Mundial en Argentina y un alto funcionario del Ministerio de Salud y Acción Social de ese país expresaron este punto de vista acerca de la reforma silenciosa.

²¹⁶ A mediados de los años 90, algunos ejemplos de decretos o regulaciones ejecutivos en Argentina son el Decreto 578/93, Creación del Hospital Público de Autogestión; los Decretos 9/93, 576/93, 492/95, 1141/96, 1615/96, 638/97, 1301/97, y en Brasil las Normas Operacionais Básicas NOB 91, NOB 93, NOB 96, Medida Provisória N. 1591. Estos decretos y regulaciones se dirigían hacia la privatización y desregulación de los fondos de seguridad social que aplicaban a los beneficios de jubilación y a los servicios de salud.

²¹⁷ Médicos Municipales, “Entrevista al Dr. Visillac, Presidente de la Asociación de Médicos Municipales,” *Salud Para Todos* (Argentina) 3, no. 23 (1995): 25–26; “III Jornadas de Economía de la Salud. Mercado y Estado,” *Salud Para Todos* (Argentina) 5, no. 25 (1997): 15–19.

²¹⁸ “Informe de Coyuntura. El Plan Brady. Economía y Política Tras el Acuerdo Acreedor”, Buenos Aires: Instituto de Estudios Sobre Estado y Participación, 1992; “Informe de Coyuntura. La Era Posbrady. Balance de una Etapa 1990/92,” Buenos Aires: Instituto de Estudios Sobre Estado y Participación, 1993.

²¹⁹ Daniel R. García Delgado, *Estado y Sociedad: La Nueva Relación a Partir del Cambio Estructural* (Buenos Aires: Editora Tesis, Grupo Editorial Norma S.A., 1994); Celia Iriart, Francisco Leone, y Mario Testa, “Las Políticas de Salud en el Marco del Ajuste,” *Cuadernos Médico Sociales* (Argentina) 71 (1995): 5–21.

²²⁰ Celia Iriart, et al., “Normas de Descentralización para Establecimientos de Salud,” en *Normas de Descentralización para Establecimientos de Salud* (Buenos Aires: Editora Ministerio de Salud y Acción Social [MSAS]/ Editora PRONATASS, 1993), pp. 23–34; Celia Iriart y Francisco Leone, “Descentralización en Salud,” en *Normas de Descentralización para Establecimientos de Salud* (Buenos Aires: Editora MSAS/ Editora PRONATASS, 1993), pp. 5–16; Ministerio de Salud y Acción Social, Programa de Reconversión de las Obras Sociales (Buenos Aires: Editora MSAS, 1996); Kent Buse and Catherine Gwin, “The World Bank and Global Cooperation in Health: The Case of Bangladesh,” *Lancet* 351 (1998): 665–669; Howard Waitzkin, Rebeca Jasso–Aguilar, and Celia Iriart, “Privatization of Health Services in Less Developed Countries: An Empirical Response to the Proposals of the World Bank and Wharton School,” *International Journal of Health Services* 37 (2007): 205–227.

²²¹ Asa Cristina Laurell, “La Salud: De Derecho Social a Mercancía,” en *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, ed. Asa Cristina Laurell (Mexico City: Editora Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco/ Editora Representación en México de la Fundación Friedrich Ebert), pp. 9–31; Testa, Saber en Salud.

²²² Miguel Benasayag y Edith Charlton, *Esta Dulce Certidumbre de lo Peor: Para una Teoría Crítica del Compromiso* (Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1993).

²²³ Celia Iriart y Hugo Spinelli, “La Cuestión Sanitaria en el Debate Modernidad–Posmodernidad,” *Cadernos de Saúde Pública* (Argentina) 10 (1994): 491–496;

Miguel Benasayag, *Pensar la Libertad* (Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1996).

²²⁴ Benasayag y Charlton, *Esta Dulce Certidumbre de lo Peor*.

²²⁵ Varias fuentes influenciaron esta formulación de las construcciones sociales, por medio de las cuales los interesados interpretaban sus propios esfuerzos para tratar de afectar las políticas que conectaban comercio y salud: Peter L. Berger y Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality* (New York: Anchor, 1966); Murray Edelman, *The Symbolic Uses of Politics* (Urbana: University of Illinois Press, 1985); Murray Edelman, *Constructing the Political Spectacle* (Chicago: University of Chicago Press, 1988).

²²⁶ Para aclarar las construcciones de los interesados, hemos realizado entrevistas y examinado los registros disponibles públicamente en Estados Unidos y América Latina con varios colegas. Reconozco las importantes contribuciones de Rebeca Jasso-Aguilar, Angela Landwehr y Carolyn Mountain a este trabajo. Aparecen más detalles en Howard Waitzkin, Rebeca Jasso-Aguilar, Angela Landwehr y Carolyn Mountain, "Global Trade, Public Health, and Health Services: Stakeholders' Constructions of the Key Issues," *Social Science & Medicine* 61 (2005): 893-906.

²²⁷ U.S. Department of Health and Human Services, "Global Health," www.globalhealth.gov, consultado en diciembre 13, 2003. Con el tiempo, la construcción oficial de las políticas de esta agencia evolucionó sutilmente, por ejemplo, en la declaración de la misión ofrecida por la Oficina de Asuntos de Salud Global, una rama del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.: "promover la salud de la población mundial avanzando en las estrategias y asociaciones globales de la Secretaría y del Departamento de Salud y Servicios Humanos, sirviendo así a la salud de las personas de los Estados Unidos". www.globalhealth.gov/office/index.html, consultado en noviembre 13, 2010. Se sigue dando prioridad a los intereses de EE.UU. al aumentar la salud de las personas del mundo, en esta última declaración.

²²⁸ Henry Kissinger, "The basic challenge is that what is called globalization is really another name for the dominant role of the United States," Lectura en el Trinity College, Dublin, Irlanda, citado en Sam Gindlin, "Social Justice and Globalization: Are They Compatible?" *Monthly Review* 54, no. 2 (2002): 1-11.

²²⁹ Para más información acerca de los métodos de selección de los entrevistados y de análisis de las respuestas, ver véase Waitzkin, et al., "Global Trade, Public Health, and Health Services."

²³⁰ *World Trade Organization Secretariat and World Health Organization, WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and the WTO Secretariat* (Geneva, Switzerland: World Trade Organization, 2002); Francisco Armada, Carles Muntaner, and Vicente Navarro, "Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations," *International Journal of Health Services* 31 (2001): 729-768.

²³¹ Nick Drager y Carlos Vieira, *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives* (Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002); *World Trade Organization Secretariat and World Health Organization, WTO*

Agreements and Public Health.

²³² Berger y Luckmann, *The Social Construction of Reality*.

²³³ Para otra perspectiva sobre estas creencias, véase James Davison Hunter y Joshua Yates, “In the Vanguard of Globalization: The World of American Globalizers,” en *Many Globalizations: Cultural Diversity in the Contemporary World*, ed. Peter L. Berger y Samuel P. Huntington (New York: Oxford University Press, 2002).

²³⁴ Adam Smith, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (1776; Oxford: Oxford University Press, 1976); Max Weber, *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism* (1905; New York: Routledge, 2001). Véase también Peter L. Berger, “The Cultural Dynamics of Globalization,” en *Many Globalizations: Cultural Diversity in the Contemporary World*, ed. Peter L. Berger y Samuel P. Huntington (New York: Oxford University Press, 2002).

²³⁵ Pierre Bourdieu, *Acts of Resistance: Against the Tyranny of the Market* (New York: New Press, 1998); *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Societies* (Stanford, CA: Stanford University Press, 1999); *Firing Back: Against the Tyranny of the Market* (New York: New Press, 2003).

²³⁶ Edelman, *The Symbolic Uses of Politics*.

²³⁷ Naomi Klein, *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism* (New York: Metropolitan, 2007).

²³⁸ Entre muchas expresiones de este tema, el trabajo de Noam Chomsky durante varias décadas ha aclarado el ámbito y las dimensiones del problema: Noam Chomsky, *The Culture of Terrorism* (Boston: South End Press, 1988); *Power and Terror: Post-9/11 Talks and Interviews* (New York: Seven Stories Press, 2003); *What We Say Goes: Conversations on U.S. Power in a Changing World* (New York: Metropolitan, 2005). Ver también Noam Chomsky, Lois Meyer, y Benjamin Maldonado, *New World of Indigenous Resistance* (San Francisco: City Lights Publishers, 2010).

²³⁹ William Winkenwerder y Robert Galvin, “The Complex World of Military Medicine,” *Health Affairs* W5 (Supplemental Web Exclusives) (2005): 353–360.

²⁴⁰ President’s Commission on Care for America’s Returning Wounded Warriors, *Serve, Support, Simplify: Final Report* (Washington, DC: The Commission, 2007); Institute of Medicine, *PTSD Compensation and Military Service* (Washington, DC: National Academies Press, 2007); Charles W. Hoge, Carl A. Castro, Stephen C. Messer, et al., “Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care,” *New England Journal of Medicine* 351 (2004): 13–22; Charles W. Hoge, Artin Terhakopian, Carl A. Castro, et al., “Association of Posttraumatic Stress Disorder with Somatic Symptoms, Health Care Visits, and Absenteeism Among Iraq War Veterans,” *American Journal of Psychiatry* 164 (2007): 150–153; Charles S. Milliken, Jennifer L. Auchterlonie, y Charles W. Hoge, “Longitudinal Assessment of Mental Health Problems Among Active and Reserve Component Soldiers Returning from the Iraq War,” *JAMA* 298 (2007): 2141–2148; Charles W. Hoge, Dennis McGurk, Jeffrey L. Thomas, et al., “Mild Traumatic Brain Injury in U.S. Soldiers Returning from Iraq,” *New England Journal of Medicine* 358 (2008): 453–463.

²⁴¹ Joseph Lieberman y Barbara Boxer, “Make Mental Health a Priority: When Service Members Go Untreated, the Entire Military Suffers,” *Army Times* 68, no. 3 (2007): 42; Matthew J. Friedman, “Veterans’ Mental Health in the Wake of War,” *New England Journal of Medicine* 352 (2005): 1287–1290; “Posttraumatic Stress Disorder Among Military Returnees from Afghanistan and Iraq,” *American Journal of Psychiatry* 163 (2006): 586–593; “Prevention of Psychiatric Problems Among Military Personnel and Their Spouses,” *New England Journal of Medicine* 362 (2010): 168–170. Ver también Alyssa J. Mansfi eld, Jay S. Kaufman, Stephen W. Marshall, et al., “Deployment and the Use of Mental Health Services Among U.S. Army Wives,” *New England Journal of Medicine* 362 (2010): 101–109; Troy Lisa Holbrook, Michael R. Galarneau, Judy L. Dye, et al., “Morphine Use After Combat Injury in Iraq and Post-Traumatic Stress Disorder,” *New England Journal of Medicine* 362 (2010): 110–117.

²⁴² El término “GI” se refiere aquí al personal en servicio activo de cualquier servicio militar y reservas militares de EE.UU. Este término se ha referido históricamente a los miembros de bajo rango del Ejército de EE.UU. “GI” originalmente derivó del equipo asignado al personal militar (“galvanized iron” [hierro galvanizado], más tarde malinterpretado como “government issue” [asunto de gobierno] o “general issue” [asunto general]).

²⁴³ Richard J. Westphal, “A Discourse Analysis of Navy Leaders’ Attitudes About Mental Health Problems” (PhD diss., University of Virginia, 2004), <http://stinet.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA429820>, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁴⁴ Steven H. Miles, *Oath Betrayed: Torture, Medical Complicity, and the War on Terror* (New York: Random House, 2006); “Hippocrates and Informed Consent,” *Lancet* 374 (2009): 1322–1323; *The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine* (New York: Oxford University Press, 2004).

²⁴⁵ Victor W. Sidel y Barry S. Levy, “The Roles and Ethics of Military Medical Care Workers,” en *War and Public Health*, ed. Barry S. Levy y Victor W. Sidel (New York: Oxford University Press, 2008).

²⁴⁶ Adicionalmente a la red *Civilian Medical Resources Network*, descrita en los párrafos siguientes, el Soldiers Project organizó una red de psicoterapeutas que intentaban responder a las necesidades de salud mental de los soldados: www.thesoldiersproject.org, vista en Noviembre 13, 2010.

²⁴⁷ Reconozco los importantes papeles de Marylou Noble y Darrin Kowitz en este trabajo. Ver también: Howard Waitzkin y Marylou Noble, “Caring for Active Duty Military Personnel in the Civilian Sector,” *Social Medicine/Medicina Social* 4 (2009): 56–69; y <http://www.civilianmedicalresources.net/>, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁴⁸ GI Rights Hotline, 2009, www.girightshotline.org, vista en Noviembre 13, 2010; Military Law Task Force, National Lawyers Guild, 2009, www.nlgmltf.org, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁴⁹ Waitzkin y Noble, “Caring for Active Duty Military Personnel in the Civilian Sector”. Los coordinadores de la Red recogieron datos anónimos de 112 clientes

consecutivos que habían recibido servicios recientemente. Estos datos fueron recogidos durante el proceso de admisión, a través de información provista por los consejeros de la GI Rights Hotline, y/o una conversación inicial entre el soldado y un coordinador de la red. Para algunos clientes, los clínicos prestaban atención confidencial adicional. La red implementó más medidas de las comunes para proteger a los clientes, incluyendo procesos respecto al consentimiento informado y la protección del anonimato desvinculando toda la información de identificación. Dado que muchos clientes eran desertores [Absent Without Leave, AWOL] y por lo tanto en peligro de juicio militar, la red no mantenía datos de identificación en papel o en formato electrónico que pudieran ser sometidos a citación o a intentos similares por parte del gobierno de EE.UU u otras entidades para obtener información.

²⁵⁰ Los profesionales militares hicieron observaciones similares: Oscar A. Cabrera, Charles W. Hoge, Paul D. Bliese, et al., “Childhood Adversity and Combat as Predictors of Depression and Post-Traumatic Stress in Deployed Troops,” *American Journal of Preventive Medicine* 33 (2007): 77–82; Rachel Kimerling, Kristian Gima, Mark W. Smith, et al., “The Veterans Health Administration and Military Sexual Trauma,” *American Journal of Public Health* 97 (2007): 2160–2166; Tyler C. Smith, Deborah L. Wingard, Margaret A. K. Ryan, et al., “Prior Assault and Posttraumatic Stress Disorder After Combat Deployment,” *Epidemiology* 19 (2008): 505–512.

²⁵¹ Estudios sobre el personal de combate del Reino Unido y Canadá llegaron a conclusiones similares, especialmente entre los reservistas: Tess Browne, Lisa Hull, Oged Horn, et al., “Explanations for the Increase in Mental Health Problems in UK Reserve Forces Who Have Served in Iraq,” *British Journal of Psychiatry* 190 (2007): 484–489; Roberto J. Rona, Nicola T. Fear, Lisa Hull, et al., “Mental Health Consequences of Overstretch in the UK Armed Forces: First Phase of a Cohort Study,” *BMJ* 335 (2007): 603; Matthew Hotopf, Lisa Hull, Nicola T. Fear, et al., “The Health of UK Military Personnel Who Deployed to the 2003 Iraq War: A Cohort Study,” *Lancet* 367 (2006): 1731–1741.

²⁵² Miles, Oath Betrayed; Jonathan H. Marks y Mark G. Bloche, “The Ethics of Interrogation—The U.S. Military’s Ongoing Use of Psychiatrists,” *New England Journal of Medicine* 359 (2008): 1090–1092; George G. Annas, “Military Medical Ethics—Physician First, Last, Always,” *New England Journal of Medicine* 359 (2008): 1087–1090.

²⁵³ Yochi J. Dreazen, “Suicide Toll Fuels Worry That Army Is Strained,” *Wall Street Journal*, Noviembre 3, 2009, <http://online.wsj.com/article/SB125720469173424023.html>, consultado en noviembre 13, 2010; Ann Scott Tyson, “Soldiers’ Suicide Rate on Pace to Set Record,” *Washington Post*, Septiembre 5, 2008, www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2008/09/04/AR2008090403333.html, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁵⁴ Sarah Anderson, John Cavanagh, Chuck Collins, y Eric Benjamin, *Executive Excess 2006: 13th Annual CEO Compensation Survey* (Washington, DC, and Boston: Institute for Policy Studies and United for a Fair Economy, 2007), pp. 8–9, www.ips-dc.org/getfile.php?id=155, consultado en noviembre 13, 2010.

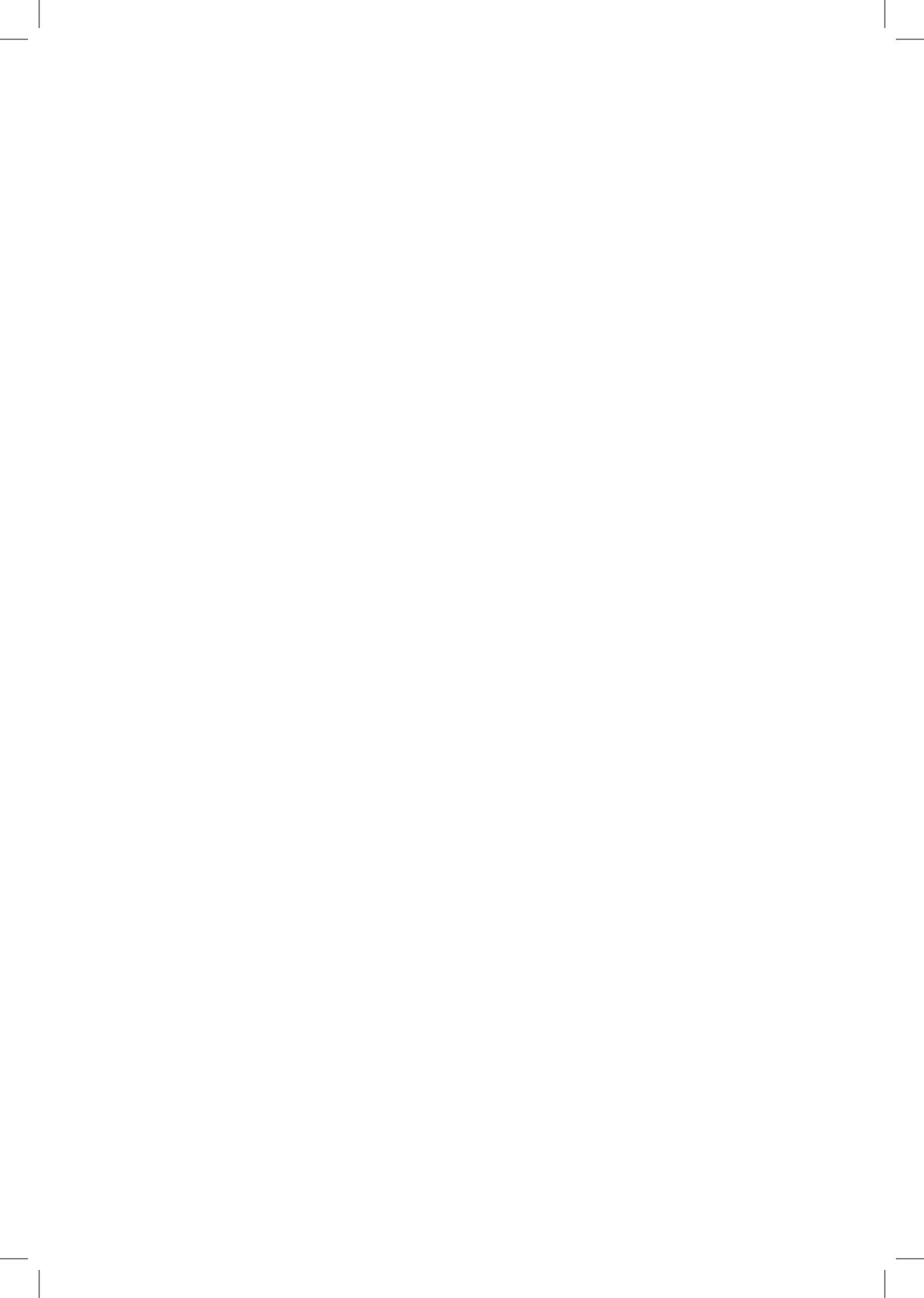
²⁵⁵ Joshua Kors, “How Specialist Town Lost His Benefits,” *The Nation*, April 9, 2007, pp. 11–21; “Disposable Soldiers,” *The Nation*, April 26, 2010), <http://www.thenation.com/article/disposable-soldiers>, consultado en noviembre 13, 2010.

²⁵⁶ Los investigadores militares documentaron las limitaciones de examinar trastornos mentales antes de ingresar al servicio militar: Charles W. Hoge, Holly E. Toboni, Stephen C. Messer, et al., “The Occupational Burden of Mental Disorders in the U.S. Military: Psychiatric Hospitalizations, Involuntary Separations, and Disability,” *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 585–591; Hans Pols y Stephanie Oak, “War and Military Mental Health: The US Psychiatric Response in the Twentieth Century,” *American Journal of Public Health* 97 (2007): 2132–2142.

²⁵⁷ Winter Soldier, Iraq and Afghanistan, <http://ivaw.org/wintersoldier>, consultado en noviembre 13, 2010.

Parte 3

Futuro del imperio



Capítulo 13

Salud y praxis: medicina social en América Latina

La medicina social en América Latina trata acerca de los vínculos entre el imperio, la salud pública y los servicios de salud, así como las estrategias para movilizarse hacia un futuro más saludable posimperio. Ampliamente respetada en América Latina, la medicina social abarca la investigación, enseñanza, práctica clínica y el activismo por el cambio. E; en buena parte, a través del énfasis en la praxis –la unión creativa entre la teoría y la práctica–, la medicina social proporciona un modelo de trabajo intelectual y práctico, y ofrece una visión útil para la transición hacia un mundo que apoye más la salud a medida que el imperio decae.

Los logros en este campo aún son poco conocidos fuera de América Latina, pues las publicaciones importantes siguen sin ser traducidas del español y el portugués; esta falta de atención también refleja la suposición errónea de que la productividad intelectual y científica del mundo menos desarrollado manifiesta un enfoque menos relevante y riguroso a los interrogantes importantes de nuestra época. Después de describir la historia del campo y de presentar los desafíos del liderazgo, así como las no pocas veces peligrosas condiciones laborales que han enfrentado los médicos, analizo los temas y debates más importantes. El trabajo previo y más reciente en el campo señala los nuevos vínculos entre salud y praxis que el futuro necesitará.

Productividad y peligro

Muchos de los que han trabajado en el campo de la medicina social latinoamericana han vivido historias personales dramáticas. Tres de tales historias muestran cómo la misma naturaleza de ese trabajo —en la medida en que revela los orígenes de los problemas de salud en la estructura de la sociedad— puede llegar a ser vista como peligrosa para los sectores que controlan la riqueza y ejercen el poder.

El experto en salud pública está a punto de ser torturado con choques eléctricos aplicados a sus testículos. Sus crímenes han sido enseñar a estudiantes de medicina, y otras ciencias de la salud, en un modelo de clínica comunitaria, uno de los lugares de enseñanza más importantes de la Universidad de Chile. Graduado de la Escuela de Salud Pública de Harvard, también es acusado de conducir investigaciones sobre las relaciones entre pobreza y condiciones de salud en las comunidades locales. Él sabe que muchos de sus colegas han sido asesinados por crímenes similares. En su interrogatorio le han pedido que proporcione información sobre amigos y colegas, pero hasta el momento se ha negado.

El torturador, una persona pragmática y bien definida, cuya afiliación militar no es del todo clara, ordena al experto en salud pública bajarse los pantalones. Él se queja, mirando los electrodos en la mano derecha del torturador. Justo entonces, el torturador mira de reojo el reloj en su muñeca derecha.

“OK”, dice el torturador, “son las cinco en punto, hora de ir a casa”, y se va de la sala. El experto en salud pública sube sus pantalones y espera a que un guardia lo lleve de vuelta a su celda.

Recordando esta experiencia en una entrevista, menciona el trabajo de Max Weber acerca de la sociología de la burocracia—“tortura burocratizada”, la llama—.

* * *

El jefe de cirugía de un hospital público en un barrio de clase obrera en Santiago, Chile, se sienta ahora en su oficina tenuemente iluminada, su alta figura se inclina sobre un computador portátil. Él se había entrenado en servicios quirúrgicos en el Hospital General de Massachusetts. Salvador

Allende lo eligió como Ministro de Salud para el gobierno de la Unidad Popular. Conocido como un destacado cirujano y educador médico, convocó un “consejo de ancianos” de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile para asesorar al Ministerio de Salud.

El 11 de septiembre de 1973, fue la última persona de la línea de funcionarios de gobierno que bajó las escaleras hacia el primer piso de La Moneda –el palacio presidencial, que estaba en llamas después de los bombardeos de la Fuerza Aérea– para rendirse a los militares vencedores del golpe de Estado. Como la última persona en ver a Allende con vida, señala que aquel no fue asesinado sino que se suicidó siguiendo la tradición de José Manuel Balmaceda, el presidente reformista de Chile que tomó la misma decisión en 1891 antes de tener que rendirse ante un golpe militar.

Luego de su arresto, el cirujano y anterior Ministro de Salud, fue torturado y enviado a prisión durante un año en la helada Isla Dawson, cerca de la Antártida. Más tarde trabajó en el exilio durante catorce años como profesor de cirugía en Caracas, Venezuela. Tras el plebiscito chileno de 1998, que condujo a un gobierno electo, regresó como jefe de cirugía al mismo hospital público universitario donde trabajaba antes del golpe.

Escribe principalmente para una revista clínica producida intermitentemente por profesionales de la salud y trabajadores de ese hospital desde 1953. Actualmente está trabajando en una serie de artículos que introduce con una cita de Alicia en el País de las Maravillas: “¿Podría decirme por favor qué camino debo tomar?” Estos artículos describen el deterioro del sistema público de salud chileno, tanto en la dictadura como en el régimen civil subsiguiente, cuyas políticas exigen una privatización aún mayor de los programas públicos de industria, vivienda, educación y salud.

* * *

El exdecano de la Escuela Médica de la Universidad de Buenos Aires explica por qué, a la edad de setenta y tres años, vive siempre al día, dictando pequeñas clases y de los honorarios y regalías por algunas consultas, sin una pensión u otro ingreso regular. Antes de que la dictadura tomara el control en Argentina en 1976, había disfrutado una carrera prominente aplicando las ciencias sociales a la medicina y a la administración de la

salud pública. Sus artículos y libros sobre planeación de salud habían alcanzado reconocimiento internacional. Era llamado frecuentemente a consultas por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y a dictar conferencias en universidades y organizaciones profesionales a lo largo de las Américas.

Cuando el ejército tomó el control, él y su familia estaban por casualidad fuera de Argentina. No pudo regresar en más de diez años. Sus vecinos le contaron que veían con impotencia cómo los soldados tumbaban las puertas de su casa y procedían a registrar y quemar su biblioteca. La quema de libros y revistas en este caso, y en muchos otros (algunas veces voluntariamente por los dueños de las publicaciones por miedo a que el ejército los encontrara y los utilizara como evidencia de subversión para justificar el encarcelamiento, la tortura y la muerte), hace que la producción intelectual argentina desde los años sesenta hasta los ochenta sea difícil de localizar, excepto en raras colecciones de libros. El exdecano apunta con orgullo al estante de libros que contiene sus propias publicaciones, muchas de las cuales le fueron entregadas como regalo después del regreso a su tierra natal por parte de amigos que las habían escondido durante muchos años.

Durante varios periodos en la historia de la medicina social latinoamericana, el trabajo de sus líderes ha sido una amenaza para quienes han gobernado estas sociedades. Los riesgos de trabajar en este campo han manifestado una crítica al orden social existente, un enfoque sobre los problemas de salud de las personas oprimidas, y la visión de un futuro más próspero y justo. Después de exponer la historia de la medicina social, analizaré su producción más reciente, sus fuentes de peligro, y su pertinencia en la medicina y la salud pública durante el futuro del imperio.

Historia de la medicina social latinoamericana

Para entender la medicina social latinoamericana, así como su importancia para el presente y el futuro, se puede volver en el tiempo con el fin de examinar sus orígenes durante el pasado del imperio, su florecimiento durante el presente del imperio y su creciente influencia mientras el imperio finaliza. La mayoría de relatos latinoamericanos acerca de la historia de la medicina social se refieren a sus orígenes en Europa, citando

frecuentemente el trabajo de Rudolf Virchow en Alemania'. A través de su activismo político en los movimientos de reforma que culminaron en las revoluciones de 1848 –como se describe en el Capítulo 2– Virchow inició una serie de investigaciones innovadoras respecto a los efectos de las condiciones sociales en la enfermedad y la mortalidad. P; presentando observaciones patológicas y datos estadísticos, argumentó que la solución de esos problemas requería un cambio social fundamental, más que intervenciones médicas específicas. Virchow definió el nuevo campo de la medicina social como una “ciencia social” que se centraba en las condiciones sociales generadoras de enfermedad’.

Los partidarios de la visión de Virchow migraron a América Latina cerca del comienzo del siglo XX, donde ayudaron a establecer departamentos de patología en las escuelas médicas e iniciaron cursos sobre medicina social. Max Westenhofer, un prominente patólogo alemán, dirigió el departamento de patología en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile durante muchos años, e influenció a una generación de estudiantes, incluido a Salvador Allende, un estudiante de medicina, activista y quien sería futuro presidente de Chile’.

*La “edad de oro” de la medicina social en Chile
y el papel de Salvador Allende*

Aunque las raíces de la medicina social chilena datan de mediados del siglo XIX, las actividades continuas comenzaron después de los paros nacionales de 1918 que se centraron en la industria minera. Luis Emilio Recabarren, un carismático líder de los trabajadores del salitre, enfatizó en la malnutrición, las enfermedades infecciosas y la mortalidad prematura como temas para tratar en la organización. Durante las tres décadas posteriores, Recabarren y sus aliados políticos hicieron campaña a favor de reformas económicas, como la única ruta viable para mejorar los patrones de enfermedad y mortalidad que afectaban a los pobres. Durante los años veinte y treinta del siglo XX, la medicina social floreció en Chile, en parte como respuesta a las demandas del movimiento obrero.

Las experiencias de Allende como médico y patólogo dieron forma a gran parte de su posterior carrera política. Reconociendo deudas a Virchow y a otros que estudiaron las raíces sociales de la enfermedad en Europa, Allende expuso un modelo explicativo de problemas médicos en el contexto del subdesarrollo. Aunque desarrollos paralelos en medicina

social estaban ocurriendo durante el mismo periodo en América del Norte y Europa⁷, los escritos de Allende no indican una influencia directa de estos últimos trabajos.

Como se menciona en el Capítulo 2, Allende presentó su análisis de las relaciones entre la estructura social, la enfermedad y el sufrimiento, en su clásico libro *La realidad médico-social chilena*⁸, en el que conceptualizaba la enfermedad como un trastorno del individuo fomentado por condiciones sociales desfavorables. Abriendo un nuevo campo en la América Latina del momento, Allende describió las “condiciones de vida de las clases obreras” que generaban enfermedad, y enfatizó en las condiciones del subdesarrollo y de la dependencia internacional, así como en los efectos de la deuda externa y del proceso de trabajo. En *La realidad*, Allende se centró en problemas específicos de salud, incluyendo mortalidad materna e infantil, enfermedad ocupacional, trastornos emocionales, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y otras enfermedades contagiosas. Describiendo temas que no habían sido estudiados previamente, analizó el aborto ilegal, la capacidad de respuesta de la tuberculosis a los avances económicos más que a las innovaciones en tratamientos, el hacinamiento en la causalidad de enfermedades infecciosas, y las diferencias de precio entre medicamentos genéricos y de marca en la industria farmacéutica.

Las propuestas del Ministerio de Salud que se presentaron en las conclusiones del libro, iban en una única dirección: abogar por soluciones sociales más que médicas para los problemas de salud. Allende propuso la redistribución del ingreso, regulación estatal de insumos alimenticios y vestido, un programa nacional de vivienda y reformas industriales para tratar los problemas de salud ocupacional. Más que ver la mejoría de los servicios de salud como un recurso para obtener una fuerza laboral más productiva, Allende valoraba la salud de la población como un fin en sí misma y defendía cambios sociales que excedían el ámbito médico.

La posición analítica de Allende en la medicina social influenció gran parte de su trabajo político hasta su muerte en 1973 durante el golpe militar. Como senador electo, a principios de la década de los cincuenta, Allende introdujo la legislación que creó el Servicio Nacional de Salud Chileno, el primer programa nacional en las Américas que garantizó acceso universal a los servicios; vinculó esta reforma a otros proyectos que intentaban alcanzar una redistribución del ingreso más equitativa, seguridad laboral, vivienda y nutrición mejoradas, y un papel menos

dominante para las corporaciones multinacionales en Chile. De forma similar, como senador durante los años sesenta y como presidente electo entre 1970 y 1973, Allende buscó reformas en el Servicio Nacional de Salud y otras instituciones que, si no se hubieran acertado a causa del golpe de Estado, habrían logrado cambios estructurales en la sociedad. Debido a la posibilidad de un servicio unificado de salud en el sector público, la Asociación Médica Nacional Chilena (el Colegio Médico) temió por los efectos de las políticas de Allende sobre la práctica privada, y se frecuentemente fue opositora del Gobierno.

Medicina social versus salud pública en otros lugares de América Latina

En comparación con la adopción de las perspectivas y el activismo que caracterizó a Chile durante los años treinta, los demás países latinoamericanos no consiguieron avanzar en igual medida. A pesar de ello, los esfuerzos en salud pública a lo largo de América Latina aportaron los antecedentes para los practicantes contemporáneos de la medicina social¹. Por ejemplo, los líderes de la medicina social en muchos países de la región, reaccionaron críticamente ante las iniciativas de salud pública de la Fundación Rockefeller, las cuales –como se discutió en el Capítulo 1– enfatizaban en la productividad del trabajo para aumentar las operaciones de las corporaciones multinacionales con sede en Estados Unidos².

Tanto históricamente como de forma más reciente, los líderes de la medicina social en América Latina, han distinguido la medicina social de la salud pública tradicional. La salud pública tiende a definir la población como una suma de individuos; por el contrario, gran parte del trabajo en medicina social concibe a las poblaciones, así como a las instituciones sociales, como totalidades cuyas características trascienden aquellas propias de los individuos³. La medicina social, por lo tanto, comprende los problemas y busca soluciones haciendo uso de unidades de análisis sociales y no individuales. Aplicando este enfoque más amplio, la población puede ser analizada a través de categorías como clase social, producción económica, reproducción y cultura, en lugar de simplemente medir y resumir las características de los individuos⁴.

Otra distinción entre la medicina social y la salud pública tradicional tiene que ver con la naturaleza estática versus la naturaleza dinámica de la salud–enfermedad, así como el efecto del contexto social. La medicina social conceptualiza salud–enfermedad como un proceso dialéctico más que como una categoría dicotómica que ve la enfermedad en términos de presencia o ausencia. Como en las interpretaciones de los procesos dialécticos en biología de Engels y, más recientemente, de Levins y Lewontin”, los epidemiólogos críticos han estudiado los procesos de enfermedad en un modelo contextualizado, considerando los efectos cambiantes de las condiciones sociales en el tiempo. El perfil epidemiológico de una sociedad, o de un grupo en una sociedad, requiere un análisis multinivel de cómo las condiciones sociales –producción económica, reproducción, cultura, marginalización, y participación política– afectan los procesos dinámicos de la salud–enfermedad; desde esta posición teórica, los modelos de salud pública que analizan la enfermedad como una variable dicotómica, bien sea presente o ausente, oscurecen la salud–enfermedad como proceso dialéctico”.

En Argentina, durante los años veinte, un grupo dirigido por Juan B. Justo desafió las iniciativas de salud pública de la época conocidas como *higienismo*, que enfatizaban en el control de la infección, en las mejoras en los servicios sanitarios, en la nutrición y en esfuerzos similares para mejorar la salud de la población”. El *higienismo* apuntaba a mejorar la productividad de la fuerza laboral, en el interés de llevar a cabo el desarrollo nacional y de crear las condiciones para la inversión internacional. Justo, un cirujano, se convirtió en uno de los líderes fundadores del Partido Socialista e hizo una traducción temprana de *El Capital*, de Marx. De modo parecido a la que sería más tarde la postura de Allende, Justo llamó la atención sobre los efectos omnipresentes de la clase social sobre los servicios de salud y sus resultados”. Este trabajo condujo a esfuerzos organizativos regionales y nacionales, que buscaban ante todo un cambio social más amplio como base para una mejor salud, en contraposición a una mayor productividad económica. Sin embargo, los esfuerzos de Justo permanecieron en una posición minoritaria, mientras que el *higienismo* ganó el predominio.

Otra línea de trabajo en la medicina social que creció de raíces argentinas fue la de Ernesto “Che” Guevara. El asma infantil de Guevara, así como los modelos familiares, lo llevaron a ingresar a la escuela de medicina

y, con el tiempo, a especializarse en enfermedades alérgicas. Después de la escuela de medicina recorrió América del Sur en una motocicleta y, a partir de las experiencias de pobreza y sufrimiento que pudo observar durante su viaje, desarrolló sus puntos de vista acerca de la necesidad de la revolución como prerrequisito para mejorar las condiciones de salud”.

En sus discursos y escritos sobre la medicina revolucionaria, Guevara abogó por un cuerpo de médicos y trabajadores de la salud que entendieran los orígenes sociales de la enfermedad y la necesidad del cambio social para mejorar las condiciones de salud”. El trabajo de Ernesto influyó profundamente la medicina social latinoamericana. Podría suponerse que las visiones de Guevara se desarrollaron, en parte, por su conocimiento sobre Allende, Justo y otros que le precedieron, pero parece ser que ese no fue el caso. Fuentes cercanas a Guevara, incluido un tío que fue su ejemplo como médico, aseguraron que durante su entrenamiento y carrera no estuvo expuesto a los trabajos tempranos de la medicina social latinoamericana, y más bien desarrolló su análisis conectando los resultados de salud con las condiciones sociales observadas durante su viaje”.

En Ecuador, los líderes en medicina social afirman que sus raíces locales se remontan a más 200 años de antigüedad. Durante el siglo XVIII, el médico Eugenio Espejo vinculó su trabajo a las luchas revolucionarias contra el régimen de España”. En los esfuerzos por controlar las epidemias –lo que resulta similar al último trabajo de Virchow en Alemania– Espejo se convenció de que la pobreza, las inadecuadas condiciones sanitarias y de vivienda, y la nutrición insuficiente fomentaban los brotes. Más tarde, con el movimiento de principios del siglo XX hacia la seguridad social, el libro de Pablo Arturo Suárez acerca de las clases obreras y campesinas, proporcionó datos epidemiológicos sobre los resultados adversos en salud”. Durante la década de los treinta, el médico Ricardo Paredes encontró vastos accidentes y enfermedades laborales de pulmón entre los mineros ecuatorianos que trabajaban para una compañía estadounidense”. Además de una legislación que mejoraba las condiciones laborales, los esfuerzos de Paredes llevaron a una mayor conciencia acerca de los efectos adversos sobre la salud, a causa de las operaciones de las corporaciones multinacionales durante el pasado del imperio.

Los años sesenta y posteriores

Entre los cambios ocurridos en el mundo durante los años sesenta, la Revolución cubana de 1959 emergió como uno de los más importantes para la medicina social. El sistema de salud mejorado de Cuba floreció como pieza fundamental de la revolución social, donde los logros en este campo fueron parte integral de cambios estructurales más amplios en la sociedad vista como un todo". Las transformaciones sociales subyacentes a los logros de Cuba en atención primaria, planeación y administración, salud pública, educación médica y vigilancia epidemiológica –como se describe en el Capítulo 3–, inspiraron a los activistas y académicos en otros países.

Si bien, Cuba fue un modelo positivo para la medicina social latinoamericana, las políticas públicas chilenas generaron ambivalencia. Los grupos de medicina social mostraron un gran interés cuando Allende y el Gobierno de la Unidad Popular alcanzaron la victoria durante 1970, y muchos de sus miembros fueron a Chile a trabajar bajo los nuevos programas. Allende había propuesto una transición pacífica hacia el socialismo a través de medios electorales y no militares –la primera de estas transiciones en la historia–. El Gobierno se movilizó hacia un programa nacional de salud “unificado”, en el que las contradicciones de la coexistencia de los sectores privado y público se redujeran. Como ya mencioné, el plan de Allende por una medicina socializada se desmoronó después del violento golpe de Estado de 1973, cuando la represión en contra de la población, especialmente en contra de los trabajadores de la salud, alcanzó niveles de violencia sin precedentes". El fracaso del camino pacífico hacia el socialismo sirvió como un recordatorio acerca del peligro que corrían aquellos que reivindicaban la medicina social en toda América Latina.

La revolución de Nicaragua en 1979 también inspiró a los activistas de la medicina social, aunque fueron muchas las preocupaciones por el carácter de las políticas del gobierno sandinista vinculadas a la salud. Los líderes de la medicina social de varios países contribuyeron a las reformas de salud del nuevo gobierno nicaragüense, incluyendo grandes programas que trataban enfermedades infecciosas y salud materna e infantil". Las preocupaciones de estos líderes se centraban en las contradicciones que, por ejemplo, permitían la continuidad del vasto papel de la práctica privada, que incluían incluso a los profesionales

de la salud que trabajaban tiempo completo en el Servicio Nacional de Salud. Los representantes del Gobierno sostenían que las políticas favorecedoras del sector privado de la economía, permitirían prevenir un éxodo de profesionales de la salud similar al que había ocurrido en Cuba. Debido a estas contradicciones, algunos líderes de la medicina social redujeron sus actividades de apoyo, especialmente después de la pérdida electoral de los sandinistas.

La teología de la liberación fue también una fuente de inspiración para muchos activistas de la medicina social. En Brasil, sacerdotes como Frei Betto defendían la participación de las comunidades de base que fusionaban la piedad religiosa con las luchas por la justicia social²⁶; las cuales incluían esfuerzos para mejorar la salud y los servicios públicos del sector. Con el tiempo, algunos líderes de la teología de la liberación se volvieron escépticos frente a los procesos no violentos de las comunidades de base. En varios países, e influenciados por Camilo Torres, un cura que se unió al movimiento revolucionario en Colombia, algunos activistas de la medicina social ingresaron en la lucha armada. Con el tiempo muchos de aquellos retornaron a la práctica de la medicina social²⁷.

Otra influencia importante provino de las innovaciones educativas de Paulo Freire y sus colaboradores en Brasil. Mediante campañas de alfabetización para adultos, Freire alentó a las personas en las comunidades pobres a aproximarse a la educación como un proceso de empoderamiento. En los esfuerzos que llevaron a su libro clásico, *Pedagogía del Oprimido*²⁸, Freire fomentó la organización de pequeños círculos educativos, donde los residentes locales podían vincular sus estudios en la solución de problemas concretos de sus comunidades. Los activistas empezaron después a expandir esta aproximación a la educación y organización en salud pública para mejorar los servicios de salud²⁹. El mismo Freire se interesó cada vez más en aplicar las estrategias de empoderamiento en salud³⁰. Aunque la orientación de Freire también ha afectado la salud pública en Estados Unidos³¹, el impacto resultó mucho mayor en la medicina social latinoamericana.

Durante los años setenta surgió un líder que afectó profundamente el curso de la medicina social desde su cargo en Washington, D.C. Entrenado como médico en Argentina y como sociólogo en Chile, Juan César García trabajó como coordinador de investigación en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1966, hasta su muerte en 1984.

García produjo trabajos fecundos sobre educación médica, ciencias sociales en medicina, determinantes de clase social en los resultados de salud, y sobre las bases ideológicas de la discriminación en contra de los latinos³²; aunque su filosofía social marxista se manifestó en varios trabajos publicados con su nombre aún siendo funcionario de la OPS, también publicó artículos políticos más explícitos bajo pseudónimos³³.

García afectó la medicina social a través del soporte financiero y socioemocional que proporcionó por medio de la OPS. Junto a su colega, María Isabel Rodríguez –exiliada después de haber sido decana de la Escuela de Medicina en la Universidad de El Salvador– García organizó becas, contratos y pasantías que resultaron fundamentales para los grupos de medicina social en América Latina. La financiación de la OPS, gracias a la intervención de Juan César, ayudó a establecer el primer programa influyente de entrenamiento en medicina social en la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco –Ciudad de México, el cual atrajo estudiantes de toda América Latina. Los líderes de la medicina social se referirán constantemente a la iniciativa y tenacidad de García, a pesar de la oposición que recibió al interior de la OPS.

Represión política y retos laborales

Reiterando lo que se ha venido mencionado, muchos líderes de la medicina social en América Latina han sufrido represión política; incluyendo tortura, encarcelamiento en campos de concentración, exilio, exclusión de los puestos de gobierno, pérdida de la seguridad económica y de la estabilidad laboral, reducción del prestigio profesional y restricción de la actividad política, a causa de enfocarse en los orígenes sociales de la enfermedad y de la muerte temprana, lo que tiende a desafiar patrones de poder político y económico. Como resultado, la participación en medicina social ha llevado al sufrimiento e incluso a la muerte de algunos de sus más talentosos y prolíficos partidarios.

El proceso de trabajo en medicina social varía ampliamente dependiendo de las condiciones políticas y económicas. Después de las dictaduras en Argentina y Chile, los militantes de la medicina social han enfrentado grandes dificultades en sus intentos por reintegrarse en las universidades o escuelas de medicina; la mayoría han tenido múltiples puestos,

usualmente en trabajo clínico o administrativo, y han llevado a cabo la medicina social principalmente como una actividad no remunerada.

En los países sin dictaduras o donde las dictaduras resultaron de alguna manera menos brutales (como en Brasil), no hubo tanta migración, lo que permitió una mayor presencia del trabajo en universidades y hospitales educativos. Sin embargo, la presencia de regímenes autoritarios no fue la única condición para la persecución de quienes practicaban la medicina social. Debido a la larga tradición de violencia en el caso de Colombia, líderes prominentes de la medicina social –como le ocurrió al decano ^[34] y a varios miembros de la Escuela Nacional de Salud Pública– fueron asesinados o exiliados, pese a la presencia de gobiernos electos.

En otros países, como México, Ecuador y Cuba, quienes participan en la medicina social han mantenido posiciones académicas relativamente estables. Recientemente, en México, Ecuador, Brasil, Venezuela y Cuba existen condiciones institucionales más favorables para la medicina social. Aunque las condiciones en Argentina, Chile y Colombia han seguido siendo adversas, los participantes en medicina social en esos países también luchan por alcanzar altos niveles de productividad.

Teoría, método y debate

La medicina social latinoamericana enfatiza en la teoría³⁵. Los practicantes de la medicina social comprenden que la falta de una teoría explícitamente establecida, en los ámbitos de la medicina y la salud pública norteamericana y europea, no significa de manera alguna que detrás de la medicina social latinoamericana no haya teoría. Al contrario, una posición atórica o antiteórica significa que la teoría subyacente permanece implícita, soportando sutilmente el *statu quo* y las posiciones ideológicas de los grupos dominantes en la sociedad. A través de este prisma, los críticos latinoamericanos han identificado la tendencia de la salud pública a centrarse en los componentes biológicos y no en los sociales de problemas como el cáncer, la hipertensión y la enfermedad ocupacional. El enfoque biológico, desde esta perspectiva, reduce la unidad de análisis al individuo y de esta manera oscurece las causas sociales susceptibles de intervenciones en ese nivel³⁶.

Haciendo referencia al vínculo entre teoría y práctica, los partidarios de la medicina social utilizan frecuentemente el término “praxis”, como lo desarrolló Gramsci en Italia³⁷. Los líderes latinoamericanos han enfatizado que la teoría nutre los esfuerzos por la transformación social y, a la vez, se inspira en aquellos. Las actividades de investigación y educación a menudo tienen lugar en colaboración con sindicatos de trabajo, grupos de mujeres, coaliciones de grupos indígenas y organizaciones comunitarias³⁸.

La medicina social se ha centrado en el concepto de clase social, definido por las relaciones de producción económica. Como en la teoría marxista, los practicantes de la medicina social han afirmado que la característica más importante de la clase social es la relación con la propiedad de los medios de producción económica y el control sobre los procesos productivos. Desde esta perspectiva, la explotación del trabajo sigue siendo una condición inherente a la producción económica, especialmente en los países menos desarrollados³⁹. Como resultado, la medicina social latinoamericana ha mantenido una visión de clase social arraigada en la producción económica, más que en las características demográficas como el ingreso, la educación y el prestigio ocupacional. Esta posición teórica con respecto a la producción económica, ha llevado a preguntas de investigación que se centran en el proceso laboral mismo, en ambientes industriales y agrícolas. Los grupos de medicina social en México, Chile, Ecuador y Brasil han iniciado estudios de temas clave como las jerarquías laborales, los procesos de producción en las fábricas, y el impacto de las condiciones de trabajo en los resultados de salud y salud mental.

Un segundo enfoque para la medicina social supone la reproducción de la producción económica. Este enfoque cuestiona cómo el sistema capitalista puede reproducir inherentemente las relaciones explotadoras de la producción a través de generaciones. Entre las instituciones de apoyo que logran esta reproducción, la familia figura como la más prominente, particularmente a través de patrones en los roles de género. Bajo este enfoque, la medicina social latinoamericana examina la explotación de los trabajadores vinculada a la explotación de las mujeres, debido a que la producción económica necesita de la reproducción de la fuerza de trabajo, principalmente a través de las actividades al interior de las familias⁴⁰. En las sociedades contemporáneas, las mujeres cargan a

menudo la “triple carga” del trabajo asalariado, el trabajo en casa y la crianza de los hijos. Por esta razón, los grupos de medicina social han colaborado en la investigación que se centra en las mujeres trabajadoras y el efecto de sus roles en la producción y reproducción económica⁴¹.

La ideología constituye un tercer enfoque teórico en la medicina social latinoamericana⁴². Algunos han adoptado la perspectiva de Althusser al exponer que la ideología representa la relación imaginada del individuo con las condiciones materiales de su existencia⁴³. Una ideología hegemónica tiende a justificar los intereses de la clase que domina una sociedad durante un periodo específico de la historia. La desmitificación de esta ideología dominante se convierte en una tarea para el trabajo teórico y político⁴⁴. Los grupos de medicina social en América Latina han aceptado esta tarea de desmitificación como una prioridad. Durante los últimos años, el trabajo de la desmitificación se centró en las políticas “desarrollistas” fomentadas por los gobiernos norteamericanos y europeos⁴⁵; y más recientemente, los esfuerzos se han dirigido hacia la desmitificación de las políticas de salud del Banco Mundial y de otras instituciones financieras internacionales. Los estudios críticos han ayudado a comprender los efectos del creciente endeudamiento, la privatización y los recortes a los servicios públicos que las instituciones financieras han fomentado, basadas en principios macroeconómicos orientados al mercado⁴⁶.

La teoría de salud–enfermedad como proceso dialéctico ha generado críticas al enfoque tradicional de inferencia causal en medicina y salud pública⁴⁷. En un nivel básico, los practicantes de la medicina social han criticado las explicaciones monocausales de la enfermedad. Desde una perspectiva similar a la de Virchow, las explicaciones simplistas en las que un agente específico es la causa de una enfermedad particular, no tienen en cuenta adecuadamente las condiciones sociales que aumentan las posibilidades de esa enfermedad. Incluso los modelos multicausales, incluyendo los que consideran las relaciones entre agente, receptor y entorno, aún definen la enfermedad de manera relativamente estática. Como ya se ha mencionado, las críticas desde el punto de vista de la medicina social han planteado que, al volver dicotómica la presencia o ausencia de una enfermedad, los modelos multicausales tradicionales no consideran adecuadamente los vínculos dinámicos a través de los cuales las condiciones sociales afectan el proceso dialéctico salud–enfermedad.

Los análisis que reivindican el proceso dialéctico han sugerido una aproximación a la causalidad donde las condiciones sociales e históricas reciben un énfasis más explícito.

Anticipando las últimas tendencias metodológicas en Estados Unidos y Europa, los líderes en medicina social latinoamericana han utilizado una aproximación multimetódica y multinivel que triangula métodos complementarios en los niveles de análisis individuales y sociales⁴⁸. Incluso en las primeras investigaciones, mexicanos y ecuatorianos combinaron análisis cuantitativos multivariados con análisis cualitativos que incluían entrevistas a profundidad, las cuales a menudo se llevaban a cabo en situaciones grupales (entrevistas colectivas). Por ejemplo, aquellos trabajos clarificaron los problemas ambientales y ocupacionales de salud al aplicar una variedad de métodos, incluyendo entrevistas a profundidad con las comunidades y en los lugares de trabajo⁴⁹. Las aproximaciones recientes a la investigación multinivel han incluido técnicas cuantitativas, como el modelado estructural de ecuaciones, combinado con técnicas cualitativas, como grupos focales y análisis computarizado de contenidos. Estas investigaciones han adelantado cambios en las políticas en ámbitos como la mortalidad infantil en comunidades de bajos ingresos, y la reducción del riesgo de enfermedad por pesticidas en compañías que producen flores para la exportación⁵⁰.

Temas emergentes

Políticas sociales, imperio y salud

Los grupos de medicina social a lo largo de América Latina han enfatizado en los efectos de las políticas internacionales bajo el imperio sobre la salud. En este trabajo se ha venido analizando históricamente la extracción de materias primas y la explotación de mano de obra barata durante el pasado del imperio. Más recientemente, los grupos de medicina social se han centrado en las políticas macroeconómicas internacionales durante el presente del imperio, así como en el poder político de las corporaciones multinacionales y las instituciones financieras internacionales. La carga de la deuda externa en los países menos desarrollados ha emergido como una preocupación grave. Los recortes del sector público, la privatización de servicios y la apertura de mercados

de atención en salud a las corporaciones multinacionales, han recibido gran atención por parte de los grupos de medicina social en varios países. Por ejemplo, una evaluación de la atención gerenciada como iniciativa de privatización por parte de las corporaciones multinacionales y las instituciones financieras internacionales, hizo énfasis sobre los efectos nocivos para el acceso a los servicios a medida que la “red de seguridad” del sector público se deterioraba, y ha desmitificado la afirmación de que las prácticas orientadas al mercado mejoran las condiciones para los pobres⁵¹.

La medicina social vincula la investigación en políticas con la organización de esfuerzos tendientes a lograr un cambio progresivo en los sistemas políticos. Estas acciones intentan expandir el debate público y redirigir las iniciativas de reforma para satisfacer las necesidades de las poblaciones vulnerables. Los grupos de medicina social han colaborado con movimientos de oposición a las políticas de mercado, como ha sucedido con el Partido de la Revolución Democrática y el Ejército Zapatista de Liberación Nacional en México, la Coalición de Organizaciones Indígenas y de Trabajo en Ecuador, el Partido Obrero en Brasil, la Organización Central de los Sindicatos de Comercio de Argentina, y los gobiernos electos en Venezuela, Ecuador y Bolivia, que han implementado las perspectivas de la medicina social en sus políticas de salud nacionales. Aplicando la teoría, los métodos y los descubrimientos de la medicina social, estos esfuerzos han contribuido a cambios sociales más amplios vinculados a modificaciones fundamentales en las prácticas de salud pública y los servicios de salud.

*Determinantes sociales y culturales de la salud
y la enfermedad*

Varios grupos han sido pioneros en la investigación de los determinantes sociales y culturales de la salud”. Los investigadores en Ecuador se han centrado en la ecología urbana, los cambios económicos originados por la producción de petróleo, las relaciones entre el género y el proceso de trabajo, y el impacto de los pesticidas en la explicación de los patrones locales de morbilidad y mortalidad”. El grupo ecuatoriano ha sido pionero en el uso de técnicas cuantitativas para conducir investigaciones multinivel sobre los determinantes sociales, utilizando datos de unidades de análisis individuales, sociales y culturales”. Los investigadores

brasileros también han utilizado aproximaciones multinivel y multimétodo –incluyendo métodos antropológicos en epidemiología– para clarificar los mecanismos en los niveles comunitario, familiar y biológico que median el impacto de las inequidades sociales”.

*Relaciones entre trabajo, reproducción,
medioambiente y salud*

Este enfoque surgió del énfasis teórico en la producción y reproducción económica, gracias a que se reconoce que los problemas sociales en dicho proceso, contienen amenazas importantes para la salud en los países menos desarrollados. Los investigadores mexicanos han trabajado con sindicatos industriales y comunidades locales para aclarar los problemas de salud y de salud mental que derivan del proceso de trabajo y del entorno. Estos investigadores fueron pioneros en el uso de métodos como la entrevista colectiva”. El grupo ecuatoriano ha llamado la atención sobre la diferencia de resultados en salud de las mujeres entre aquellas que se encuentran en el entorno laboral industrial y el agrario”. En Chile, el grupo de medicina social ha llevado a cabo investigaciones que vinculan género, trabajo y condiciones ambientales”. Una investigación sobre el proceso de trabajo en las instituciones brasileras de salud a nivel micro, informa sobre los esfuerzos normativos del Partido Obrero Nacional”.

Violencia, trauma y salud

En parte, y como reflejo de las violentas condiciones que los mismos practicantes de la medicina social han enfrentado, la investigación y la acción política para tratar la violencia y el trauma han tenido prioridad en varios países. En Colombia, la tradición social de violencia –anteriormente vinculada a la pobreza y a ciclos de rebelión, pero más recientemente como reflejo del narcotráfico y de las operaciones paramilitares– ha generado investigaciones acerca de los efectos del conflicto sobre las condiciones de salud”. Los investigadores chilenos han estudiado familias cuyos miembros vivieron torturas, exilio o muerte durante la dictadura”. Los investigadores en Argentina, influenciados por los estudios psicológicos de la violencia en El Salvador hechos por Ignacio Martín-Baró –psicólogo entrenado en Estados Unidos, quien fue asesinado por las fuerzas paramilitares– han analizado los vastos problemas psicosociales entre los sobrevivientes de los más de treinta mil individuos que fueron desaparecidos durante la dictadura argentina”.

El futuro de la medicina social

Vale la pena entonces volver a enfatizar. Los grupos de medicina social han alcanzado diversos grados de influencia en la práctica médica, en los programas públicos de salud y en la educación médica en sus respectivos países, y han sido pioneros de una praxis que ofrece un estándar para el futuro; pero sus trabajos, en su mayor parte, no han sido publicados en inglés y siguen siendo poco conocidos fuera de América Latina. Un conocimiento más amplio de estos trabajos resultaría útil, más aún si se tiene en cuenta la valentía de los individuos y grupos que han continuado sus esfuerzos en condiciones de peligro.

Los practicantes de la medicina social latinoamericana han utilizado teorías y métodos que diferencian sus esfuerzos de aquellos propuestos por la salud pública tradicional. En particular, un enfoque sobre los contextos sociales e históricos de los problemas de salud, el énfasis sobre producción económica y la causalidad social, y el vínculo de la investigación y la educación con la práctica política, han proporcionado acercamientos innovadores a algunos de los problemas más importantes de nuestra era. Pese al reto de luchar contra los paradigmas dominantes, los temas y descubrimientos de la medicina social latinoamericana tienen mucho que ofrecer en tanto la medicina y la salud pública en todo el mundo están ingresando en un período de transformación profunda.

* * *

La praxis de la medicina social latinoamericana ofrece una guía para un futuro alternativo, a medida que el imperio se dirige hacia un cierre. Una serie de luchas populares orientadas hacia la medicina social, muestran los contornos de la reconstrucción social que ocurrirá cada vez más en todo el mundo. A medida que las explotaciones del presente del imperio se acaban, de la mano con las ideas que han justificado esas explotaciones, una nueva visión de la medicina y de la salud pública va surgiendo. El último capítulo examina la manifestación de esta visión, mientras dejamos el mundo del imperio e ingresamos en uno nuevo.

Capítulo 14

Resistencia y construcción de un futuro alternativo

*Con Rebeca Jasso–Aguilar**

Las condiciones durante el siglo XXI han cambiado hasta tal punto que la visión de un mundo sin imperio se ha vuelto parte de un futuro imaginable. En el ámbito global, luchas diversas en contra del neoliberalismo y la privatización ilustran los retos de la movilización popular. Bajo la misma clave, grupos en varios países se han movilizad para crear modelos alternativos de salud pública y servicios de salud. Dado que el imperio, al menos como lo hemos conocido, se ha acabado, estos esfuerzos –especialmente en América Latina– han ido más allá de los patrones históricos promovidos por el capitalismo y el imperio.

Los párrafos siguientes tienen en cuenta una serie de luchas populares en las cuales hemos participado durante la última década como investigadores y activistas; estas luchas incluyen resistencia contra la privatización de los servicios de salud en El Salvador y contra la privatización del suministro de agua en Bolivia, así como esfuerzos por expandir los servicios de salud del sector público en México y Venezuela. También describimos luchas recientes en los centros del imperio, especialmente en los Estados Unidos, enfocadas en la creación o preservación de los programas nacionales de salud que no implican dependencia del mercado privado, y que no mercantilizan los servicios de salud. Estos escenarios describen un cuadro muy diferente al de la relación histórica entre imperio y salud –un cuadro que muestra una disminución de la tolerancia de las personas en el mundo frente a las políticas públicas de

salud del imperio, y una demanda creciente de sistemas de salud públicos anclados en la solidaridad y no en la rentabilidad—.

La lucha contra la privatización de los servicios de salud en El Salvador

Uno de los primeros brotes de resistencia prolongada ante las políticas imperiales en salud pública y medicina, tuvo lugar durante los últimos años de la década de los noventa en El Salvador; esa lucha fue en contra de las políticas de privatización iniciadas por el Banco Mundial, en colaboración con el partido político de derecha que gobernaba en el momento. Los esfuerzos para resistir a la privatización de los servicios de salud y del sistema público de salud en El Salvador, surgieron como un modelo para movimientos sociales análogos en otros lugares en América Latina. El ejemplo de El Salvador también iluminó procesos similares que sucederían en muchos otros países alrededor del mundo durante los primeros años del siglo XXI, a medida que las políticas imperiales se encontraban con una resistencia prolongada“.

Entre 1998 y 1999, el sector de la atención en salud entró en agitación política cuando el conflicto estalló sobre varios asuntos; primero, los trabajadores sindicalizados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) se movilizaron por un incremento del salario en 1998, después de un acuerdo irrespetado por las autoridades del ISSS; segundo, una revisión desfavorable de la carga contractual colectiva en 1999, tensionó aún más la relación entre los trabajadores y la administración del ISSS, y tercero, en 1999, la administración empezó a contratar entidades privadas para prestar servicios a los hospitales del ISSS —los primeros signos de privatización en el Instituto—. E—; en línea con el interés de privatizar, dos importantes hospitales públicos en remodelación se mantuvieron cerrados durante varios meses, esperando contratar sus servicios con entidades privadas en lugar de ser devueltos al ISSS“.

Estas acciones constituían parte de una estrategia favorecida por el Banco Mundial, para privatizar los hospitales y clínicas públicas. Simultáneamente, el Gobierno había intentado conseguir la simpatía pública por la privatización —evitando el término “privatización”— de la atención en salud, sobre la base de la supuesta corrupción e ineficiencia del ISSS. Muchas condiciones, sin embargo, ponían en duda la

credibilidad de esas denuncias. Por ejemplo, los responsables directos del funcionamiento del ISSS, así como los directores de los hospitales y los funcionarios del Instituto durante los últimos trece años, habían sido designados por el partido en el poder, la Alianza Republicana Nacionalista (ARENA), quien terminó contradiciéndose al descalificar a sus propios funcionarios. La realidad era que muchos políticos de ARENA quienes apoyaban el esfuerzo por la privatización, tenían intereses financieros en ello. Adicionalmente, el presupuesto de salud seguía sin gastarse, creando una escasez artificial de medicamentos y retrasos en los servicios, factores que los proponentes de la privatización usaron para propiciar la “modernización” y la “democratización” del sistema de atención en salud”.

Todo esto condujo a huelgas parciales y temporales en San Salvador. Los trabajadores se movilizaron en las calles donde estaban ubicados los hospitales públicos. En noviembre de 1999, los trabajadores pertenecientes al Sindicato de Trabajadores del ISSS (STISSS) iniciaron un paro nacional de carácter indefinido e intensificado—. En diciembre de 1999, las negociaciones entre las autoridades administrativas del ISSS y los trabajadores del STISSS colapsaron, lo que se combinó con la preocupación creciente entre los médicos frente al asunto de la privatización, proporcionando la base para una alianza entre los trabajadores y los médicos del recién creado Sindicato Médico de Trabajadores del ISSS (SIMETRISSS). La profesión médica, con poca o ninguna historia de sindicalización, comenzó a unirse al paro nacional. Una alianza entre el STISSS y el SIMETRISSS produjo el documento llamado *Acuerdo Histórico por el Mejoramiento del Sistema Nacional de Salud*, el cual contenía una demanda clave para dar fin a la privatización del Sistema Nacional de Salud: “No a la Privatización del Sistema Nacional de Salud”.

El compromiso gubernamental de no privatizar los servicios de salud dio fin temporalmente al conflicto en marzo de 2000; pero en lugar de honrar el compromiso, las autoridades del Ministerio de Salud y del ISSS continuaron contratando los servicios hospitalarios con las entidades privadas, generando un conflicto permanente que duró hasta 2003”. Durante cerca de tres años, desde finales de 1999, los trabajadores del STISSS y los médicos del SIMETRISSS organizaron paros y mítines que atrajeron gradualmente el apoyo de muchos otros grupos. Los paros

variaban en duración, y los participantes debían andar con cuidado para evitar el distanciamiento de la población en general. Durante los paros, los médicos atendían pacientes con enfermedades agudas en los andenes. Esto era una estrategia para ganar el apoyo de la población en general, y a la vez, una acción humanitaria. Otra acción estratégica suponía “entregar los hospitales a los administradores” e irse, un gesto simbólico para demostrar que los hospitales no podían funcionar sin médicos. El gobierno respondió con represión, utilizando gases lacrimógenos, balas de salva y agua a presión contra los huelguistas; los médicos fueron despedidos y reemplazados con personal nuevo”.

Durante noviembre de 2002, la solidaridad y la organización dieron resultados con la aprobación del Decreto 1024 en el Congreso, conocido bajo el nombre de *Decreto de Garantía Estatal de la Salud Pública y la Seguridad Social*. El entonces presidente, Francisco Flores, amenazó con vetar el decreto pero la presión legislativa en el Congreso y las presiones de la sociedad civil a través de manifestaciones callejeras, lo forzaron a aceptarlo. Además de garantizar que la atención en salud seguiría siendo pública, el decreto anulaba efectivamente cualquier contrato que el Gobierno hubiera firmado con el sector privado desde el principio del conflicto”.

Esta victoria duró poco porque el partido en el poder, ARENA, formó una alianza que produjo suficientes votos durante diciembre de 2002 para revocar el Decreto 1024. El conflicto continuó durante meses con más marchas y manifestaciones que tenían lugar en San Salvador. Fueron mítines masivos donde los manifestantes se vestían de blanco como un símbolo de paz, y como señal de solidaridad con los médicos y enfermeros que portaban uniformes del mismo color. Las manifestaciones atrajeron desde 25 mil hasta 200 mil participantes –en una ciudad de cerca de 800 mil habitantes–, incluso muchos médicos vendieron sus casas, carros y electrodomésticos para conseguir los medios financieros con el fin de mantenerse en la lucha”.

El paro de nueve meses terminó con la decisión del Banco Mundial de revocar la cláusula de privatización a través de un préstamo destinado a modernizar el sistema público de salud. El 13 de junio de 2003, los líderes del sindicato y los representantes del Gobierno llegaron a un acuerdo para detener la privatización del sistema público de salud. Todos los miembros del STISSS y el SIMETRISSS fueron reinsertados bajo

las condiciones anteriores de salario y antigüedad. El acuerdo también reclamaba el establecimiento de una comisión para hacer seguimiento a las reformas del sistema de atención en salud. La comisión incluía profesionales médicos, oficiales de gobierno y representantes de los sindicatos y de la sociedad civil⁷⁸. Los esfuerzos por mantener y expandir la atención en salud en el sector público han continuado, especialmente después de 2009 con la elección del presidente de izquierda Mauricio Funes.

Resistencia ante la privatización del agua en Bolivia

Al final del presente del imperio, la disponibilidad de las reservas de agua potable surge como un objetivo fundamental de la salud pública en todo el mundo. Por un lado, el abastecimiento de agua contaminada generó epidemias de enfermedades infecciosas y ambientales, cuyo tratamiento se convirtió especialmente en el objetivo de las campañas de salud pública de las fundaciones filantrópicas, y de las organizaciones internacionales de salud –como se discutió en el Capítulo 1– cuando aquellas epidemias amenazaban las operaciones financieras de las corporaciones. Por otro lado, la disminución de los suministros de agua potable se instaló como una nueva frontera para las ganancias corporativas, en tanto las grandes corporaciones, cuyo interés era vender agua, buscaban privatizar las fuentes públicas del líquido⁷⁹. En este contexto, la larga resistencia en contra de la privatización del agua en Bolivia muestra cómo una población previamente marginada, se puede organizar para ganar una lucha en contra de las poderosas fuerzas corporativas que buscaban mercantilizar un recurso fundamental para la salud pública.

Las condiciones climáticas y ambientales hicieron de la provincia de Cochabamba, un área agrícola por excelencia, aunque históricamente la región experimentó serios problemas con el suministro de agua. Por décadas, los trabajadores agrícolas –llamados *regantes*– lograron manejar recursos hídricos cada vez más escasos a través de prácticas de irrigación enraizadas en tradiciones culturales conocidas como *usos y costumbres*. Sin embargo, la urbanización acelerada incrementó la demanda de agua potable y de agua para uso doméstico, agravando el ya serio problema de insuficiencia del suministro. Las nuevas políticas redujeron los recursos

hídricos subterráneos y favorecieron el desarrollo urbano a expensas de la población rural, enfrentando así a los dos grupos”.

En 1999, el Banco Mundial promovió la privatización del servicio público de agua con base en la racionalidad de eliminar los subsidios públicos, asegurar el capital para el desarrollo del agua y atraer la administración cualificada del recurso, elementos que se consideraban cruciales para resolver el problema de la escasez en Cochabamba. Durante el mismo año, la nueva legislación sobre el agua contenida en la Ley 2029, permitió a una corporación privada, *Aguas del Tunari*, alquilar la compañía pública de agua y alcantarillado de Cochabamba, el Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado (SEMAPA). El contrato adjudicaba a la corporación privada el control del monopolio sobre los servicios de agua en el área durante cuarenta años”. Para finales de 1999, pocas semanas después de que el contrato fuera firmado, los recibos del agua se incrementaron en un promedio del 200%, acción conocida como el *tarifazo*.

Se desató entonces una “guerra del agua”. Los grupos comunitarios iniciaron bloqueos de carreteras y movilizaron el apoyo de pueblos y caseríos de la provincia. La Federación Departamental Cochabambina de Organizaciones Regantes (FEDECOR) realizó bloqueos de carreteras para rechazar la Ley 2029 desde octubre de 1999, temiendo que dicha Ley representara una amenaza a su suministro de agua y a sus prácticas de riego tradicionales. Sin embargo, el *tarifazo* afectó principalmente a la población urbana de Cochabamba y los ciudadanos indignados se empezaron a movilizar”.

La Coalición por la Defensa del Agua y la Vida surgió en noviembre de 1999 para coordinar movilizaciones y protestas alrededor del tema del agua. Esta coalición incluía agricultores, trabajadores de las fábricas, profesionales, asociaciones de vecinos, profesores, pensionados, desempleados y estudiantes universitarios. Apoyada por grupos locales de profesionales, la coalición develó información acerca de los intentos de la corporación por controlar los suministros de agua, así como los términos del contrato y otros negocios con el Gobierno. Por ejemplo, la coalición supo que *Aguas del Tunari* no tenía el capital necesario para invertir en la infraestructura con el fin de aliviar la escasez de agua en Cochabamba. Por el contrario, la corporación constituía un “consorcio fantasma” de empresas agrupadas de manera improvisada. Finalmente

la coalición también descubrió que *Aguas del Tunari* era una subsidiaria de Betchel, una gran corporación con sede en Estados Unidos, y que reconocidos políticos bolivianos tenían intereses económicos en este consorcio. El contrato del agua buscaba asegurar la participación de esa corporación privada multinacional, brindándole un trato preferencial en todos los aspectos del proyecto, bajo la implementación de fórmulas viabilidad por el incremento de las tarifas del agua garantizando la rentabilidad, sin importar el desempeño administrativo ni la calidad de los servicios”.

Enfurecida por los incrementos en las tarifas del agua y por la información descubierta recientemente acerca de la corporación, la coalición inició huelgas y bloqueos. En enero de 2000, estas acciones paralizaron la ciudad de Cochabamba y los ciudadanos se rehusaron a pagar las facturas del agua organizando actos simbólicos en los que quemaban públicamente los recibos. Cuando el gobierno se rehusó a tener en cuenta las peticiones de la coalición, esta organizó la *toma pacífica de Cochabamba*, donde decenas de miles de ciudadanos marcharon desde diferentes puntos de la ciudad para encontrarse en la plaza principal y llevar a cabo un cabildo. El gobierno respondió a este evento con acciones policiales y militares que duraron dos días. En las secuelas de la represión, la indignación de los ciudadanos aumentó, más personas que no eran activas previamente en el movimiento, comenzaron a participar en las movilizaciones”.

En marzo de 2000, la coalición exigió la cancelación total del contrato y organizó un referendo popular en el que las respuestas mostraron el rechazo abrumador de los ciudadanos al contrato y al aumento del precio del agua. El referendo también mostró que los ciudadanos eran conscientes de que la Ley 2029 abría la puerta a la privatización, cosa que el gobierno había negado previamente. Los medios locales elogiaron el referendo como un avance en el ejercicio de la democracia. Por otra parte, el gobierno trivializó el evento declarando ilegales los resultados y rehusándose a negociar con la coalición.

Frente al desconocimiento y la falta de respuestas, la coalición intensificó la confrontación pidiendo nuevamente, no sólo la cancelación del contrato, sino también la modificación inmediata de la Ley 2029. Para abril de 2000, la actividad económica de Cochabamba estaba paralizada y los ciudadanos cerraron con barricadas todas las calles en sus vecindarios. Miles de personas ocuparon la plaza principal para llevar a cabo cabildos

diarios, mientras el gobierno declaraba que “no había nada que negociar”, y que “la situación en el país es completamente normal”⁹⁹. Cuando el gobierno se ofreció a negociar, la policía arrestó a los negociadores de la coalición y dispersó violentamente una reunión popular en la plaza central de la ciudad. Los miembros de la coalición y muchos del público en general percibieron este acto como un engaño del gobierno y se movilizaron aún más; “casi ningún ciudadano en Cochabamba era indiferente a las movilizaciones”¹⁰⁰. Los ciudadanos incrementaron los bloqueos y cerca de setenta mil personas ocuparon la plaza. A medida que la represión del gobierno se intensificó, los ciudadanos abrieron sus puertas para ofrecer comida, agua y refugio a los protestantes.

Bajo el equivalente de la ley marcial, el gobierno tomó nuevas medidas para reprimir el levantamiento en torno del agua. El toque de queda oficial se hizo efectivo. El gobierno inició una campaña de desinformación como por ejemplo, anuncios donde supuestamente los traficantes de drogas estaban financiando la lucha en contra de la privatización del agua-. Enfurecida por estas declaraciones, la gente intensificó las movilizaciones y los bloqueos, no permitiendo ni siquiera la circulación de bicicletas. Pese a la intensa represión, los protestantes siguieron ocupando las calles y la plaza central, chocando a menudo con la policía. Finalmente, un joven desarmado de diecisiete años murió a causa de un disparo; mientras un reportero de televisión capturaba las imágenes del tiroteo perpetrado por un capitán del ejército vestido de civil. El funeral del joven convocó decenas de miles de protestantes enfurecidos.

En la tarde del funeral, *Aguas del Tunari* anunció que iba a rescindir el contrato y a abandonar Cochabamba”. SEMAPA siguió siendo una compañía pública y se dieron muchos cambios en las políticas como resultado de la lucha precedente. La composición de la nueva junta directiva reflejaba menos control gubernamental y mayor participación comunitaria: eran entonces tres miembros representantes de la población en general elegidos popularmente, la oficina del alcalde designaba dos miembros, las escuelas profesionales de la ciudad elegían un miembro, y el sindicato de los trabajadores del agua designaba un miembro. El objetivo de crear una institución pública de servicios básicos, una nueva entidad sin ánimo de lucro ni interferencia de partidos políticos, sino con una participación social más amplia en la administración, subyacía en estos cambios. Los representantes comunitarios electos se volvieron

responsables ante las organizaciones sociales y la población en general. La coadministración de la compañía a su vez fortalecía organizaciones sociales como los comités de agua y las organizaciones comunitarias locales. Para 2005, SEMAPA expandió los servicios de agua potable y alcantarillado a un área geográfica más amplia.

La lucha por vencer la privatización y fortalecer el suministro público de agua entre 2000 y 2005 se constituyó en la primera de una ola de movilizaciones y levantamientos que “rompieron la trayectoria hegemónica del neoliberalismo” en Bolivia”. En la medida en que la participación comunitaria en la administración del SEMAPA conseguía sus objetivos, la derrota de las políticas neoliberales anteriores se hacía más sólida y visible. Adicionalmente, en diciembre de 2005, la guerra del agua contribuyó sustancialmente a la elección y posterior reelección, en diciembre de 2009, de Evo Morales, el primer presidente indígena de Bolivia.

La llegada al poder de la medicina social en Ciudad de México

Las nuevas y audaces políticas de salud vinculadas a la elección de un gobierno progresista en el Distrito Federal de Ciudad de México, ilustran lo que una visión alternativa de lo posible puede lograr bajo las condiciones de un amplio cambio sociopolítico. En la elección de 2000, el partido de izquierda Revolución Democrática (PRD) ganó el control del gobierno en Ciudad de México, Distrito Federal, que comprende lo equivalente a un Estado, mientras que el partido conservador Acción Nacional (PAN) ganó las elecciones presidenciales. Así, la vida política en México durante la primera década del siglo XXI vio el fortalecimiento de dos proyectos políticos y económicos diferentes: una posición antineoliberal en Ciudad de México, representada por Andrés Manuel López Obrador (reconocido popularmente como “AMLO”), y una neoliberal a nivel federal, personificada por el entonces presidente Vicente Fox. Los dos proyectos llevaron a resultados muy diferentes.

Como gobernador, AMLO inició reformas de amplio alcance en la salud y los servicios humanos. En el cargo de secretaria de salud nombró a Cristina Laurell, una líder ampliamente respetada de la medicina social latinoamericana”. Laurell y sus colegas dieron inicio a una serie de

ambiciosos programas de salud modelados de acuerdo con los principios de la medicina social; p. Como primera prioridad se enfocaron en los ciudadanos mayores y en la población no asegurada con el objetivo de garantizar el derecho constitucional a la protección en salud.

El cuarto artículo de la Constitución Política de México garantizaba este derecho, y la posterior legislación federal en salud garantizaba la cobertura universal y la atención gratuita por medio de instituciones públicas“. Sin embargo, dado que esos documentos no aclaraban qué entidad tenía la obligación de proveer los servicios de salud, este derecho en la práctica a menudo llegó a ser visto solamente como una “buena intención”. Por otro lado, un supuesto que subyacía en estos documentos era que las instituciones públicas debían brindar protección en salud. Este supuesto aportó la justificación legal para hacer del Estado –que era presumiblemente el guardián de los intereses públicos– el proveedor de este derecho“. El Gobierno de Ciudad de México (GCM) hizo uso de esta justificación legal para diseñar e implementar políticas de salud y servicios humanos que apuntaban a los grupos vulnerables, haciendo así “[d]el derecho a la protección en salud una realidad”“. Los objetivos generales que guiaban la aproximación del GCM a las políticas en salud eran:

Democratizar la atención en salud, reduciendo la inequidad en enfermedad y muerte, y removiendo los obstáculos económicos, sociales y culturales al acceso; fortalecer las instituciones públicas como la única opción socialmente justa y económicamente sostenible garantizando el acceso igualitario y universal a la protección en salud; alcanzar cobertura universal; ampliar los servicios para la población no asegurada; lograr igualdad en el acceso a los servicios existentes; y crear solidaridad a través de fondos fiscales y de la distribución de los costos de la enfermedad entre los enfermos y los sanos”.

Las políticas de salud del GCM derivaban del concepto de los derechos sociales, aquellos como una de las ganancias más importantes de la Revolución mexicana”.

Dos programas importantes iniciados por el GCM pretendían mejorar la salud pública y los servicios médicos. Primero, el Programa de Pensión Alimentaria y Medicamentos Gratuitos para los Ciudadanos Mayores que creó una institución social con el fin de garantizar a todos los ancianos

un nuevo derecho social. El programa inició en febrero de 2001, y para octubre de 2002 se había vuelto prácticamente universal, cubriendo al 98% de los residentes de Ciudad de México de setenta años o mayores. Los ciudadanos recibían un estipendio mensual por el costo de la comida de una persona (el equivalente a US \$70) y atención médica gratuita en las instalaciones de salud del gobierno de la ciudad”.

Una segunda iniciativa, el Programa de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos, se centraba en los residentes de Ciudad de México no asegurados; para diciembre de 2002, cerca de 350 mil de las 875 mil familias elegibles se habían inscrito; más tarde, hacia finales de 2005, 854 mil unidades familiares se habían registrado en el programa, lo que equivalía efectivamente a la cobertura universal de la población objetivo. El programa brindaba tanto servicios personales como de salud pública; las instalaciones del GCM ofrecían atención primaria y hospitalaria para los individuos y las familias”.

Financiar estos programas fue posible gracias al compromiso del GCM por frenar el despilfarro administrativo y la corrupción. Un programa de austeridad iniciado en el año 2000 puso en práctica el recorte de un 15% en el pago de los altos oficiales de gobierno y eliminó los gastos superfluos. AMLO explicó estos cambios con un eslogan citado ampliamente: “podemos pagar por estos servicios porque el gobierno ya no les está robando”. Las medidas de austeridad dejaron ahorros de US \$200 millones en 2001 y de US \$300 millones en 2002. Simultáneamente, el gobierno emprendió una ofensiva contra la evasión de impuestos y la corrupción financiera. Los ahorros permitieron incrementar el presupuesto en salud en un 67%, lo que quiere decir que el 12,5% del presupuesto de Ciudad de México fue destinado a la salud pública y a los servicios de salud”.

Estas iniciativas orientadas hacia la comunidad alcanzaron gran admiración y contribuyeron con el éxito electoral del partido. Mientras que en el 2000 la victoria del Partido de la Revolución Democrática en Ciudad de México fue reñida, para abril de 2003 la tasa de aprobación para AMLO alcanzó entre un 80% a un 85%. El partido barrió con las elecciones parciales de 2003 y tomó el control de la legislación de Ciudad de México.

Después de que AMLO perdiera por muy poco la elección presidencial de 2006 –una elección que generó gran disputa y que dejó vastas

evidencias de fraude— se posesionó el Gobierno Legítimo de México. En este gobierno paralelo, no oficial, AMLO actuaba como presidente, y Laurell como ministra de salud. El gobierno paralelo mantuvo viva la visión de la medicina social como una alternativa política viable; de acuerdo con Laurell, el Gobierno Legítimo de México “no es una sombra del gobierno entendida como una reacción ante las acciones oficiales del otro gobierno... [es] mucho más proactivo, [con la capacidad] de elaborar y discutir propuestas originales, teniendo como punto de partida otra idea de lo que queremos que sea nuestra nación”²².

Por otra parte, el Seguro Popular, programa federal de cobertura en salud propuesto e implementado parcialmente por la administración de Vicente Fox entre 2003 y 2006, constaba de un paquete de servicios con cobertura limitada, costos compartidos por las familias e inscripción gradual de la población no asegurada. La cobertura limitada afectaba la prestación de atención integral y el costo compartido llegaba hasta el 6% de los ingresos familiares, una carga financiera para las familias pobres. Los servicios no incluidos debían ser adquiridos por medio de seguros privados”, medidas todas que demostraban un decidido impulso hacia la privatización de la atención en salud en línea con la agenda neoliberal de Fox y las reformas previas de salud en México promovidas por el Banco Mundial —como se discutió en el Capítulo 9—.

Las diferentes formas en que Fox y AMLO trataron las políticas respecto a la salud pública y los servicios de salud, ilustran dos visiones divergentes del desarrollo. En 2006, la elección presidencial mexicana fue reñida porque funcionaba como una especie de referendo sobre estos proyectos, con el potencial de crear países muy diferentes. Como lo señala Laurell:

En el 2006, lo que estaba en juego no era solamente la elección de un candidato, el futuro del país estaba en juego [...] perdimos la oportunidad de reconstruir nuestro país y de hacerlo menos desigual, de construir una nación para todos, en la que los derechos sociales se garanticen y construyan, eso fue lo que perdimos con este fraude electoral [...] lo que estamos tratando de hacer con el Gobierno Legítimo y la movilización de ciudadanos es mantener viva la esperanza”.

El ejemplo de Ciudad de México en la mejora de los servicios del sector público y el programa duradero del Gobierno Legítimo por un cambio,

transmiten la visión de un futuro alternativo que continuará inspirando, en México y en otros lugares, durante la era posimperio.

Otros ejemplos de una nueva visión: Venezuela, Uruguay y Brasil

Aunque hemos centrado nuestra atención en El Salvador, Bolivia y Ciudad de México, la emergencia de visiones y políticas alternativas que no aceptan los supuestos históricos del imperio y el neoliberalismo, ha ocurrido en todo el mundo. Entre muchos ejemplos, los eventos en Venezuela, Uruguay y Brasil brindan un cuadro multifacético de nuevas aproximaciones a la salud pública y la medicina. La experiencia acumulada de tales esfuerzos durante principios del siglo XXI transmite la impresión general de que los vínculos históricos entre el imperio, la medicina, y la salud pública se han disuelto, y que esta trayectoria emergente será difícil de revertir.

Bajo la presidencia de Hugo Chávez, Venezuela promulgó innovaciones pioneras basadas en los principios de la medicina social; influenciada en parte por líderes como María Urbaneja, Francisco Armada, y Oscar Feo (los dos primeros han trabajado como Ministros Nacionales de Salud), el país se embarcó en una serie de cambios organizacionales de largo alcance". Aunque Chávez y su gobierno defendían los servicios de salud públicos y accesibles como parte de su programa, después de ganar las elecciones nacionales, en 1999, se mantuvieron barreras claves en el camino para alcanzar esta visión; primero, el Ministerio de Salud en el gobierno de Chávez continuó operando de forma burocrática y vertical, lo que impedía llegar a las comunidades urbanas y rurales; segundo, la profesión médica venezolana se oponía a las propuestas de expansión de los servicios del sector público.

En este callejón sin salida, el municipio Libertador, en la periferia de Caracas, inició un esfuerzo desde la base con el fin de mejorar los servicios para los pobres; hizo pública una petición para que los médicos vivieran y trabajaran en la comunidad. Cuando solo un pequeño número de médicos venezolanos atendió el llamado, su alcalde, Freddy Bernal, se acercó a la embajada cubana; al cabo de varios meses llegó un contingente de doctores de aquel país. Este acercamiento se expandió en Venezuela bajo el nombre de Misión Barrio Adentro, ya que hacía referencia a la

emergencia de base, desde abajo, de un sistema público paralelo de salud. Las comunidades de bajos ingresos en todo el país se organizaron para prestar sus propios servicios de salud con la asistencia de más de veinte mil médicos cubanos en atención primaria. Las comunidades construyeron sus propias instalaciones de salud y diseñaron servicios que trataban sobre las necesidades percibidas de vecindarios específicos. Estos cambios se dieron con algún apoyo, pero en su mayoría independientemente, del Ministerio Nacional de Salud. Posteriormente, Misión Barrio Adentro atrajo la atención de muchos otros países latinoamericanos como modelo para el cambio, particularmente en Bolivia bajo la presidencia de Evo Morales.

Después de la elección en 2004 de Tabaré Vázquez, un oncólogo, Uruguay también inició reformas dramáticas influenciadas por la medicina social latinoamericana; en particular, la descentralización de las instituciones de salud guiada por una vasta participación vecinal, integró los servicios de salud con los gobiernos locales a nivel municipal. Estos cambios ocurrieron bajo el liderazgo de Miguel Fernández, un académico y profesor de medicina social que trabajaba como subsecretario en el Ministerio de Salud. Durante la presidencia de Vázquez, se priorizaron los servicios del sector público y el modelo neoliberal cayó en declive, ya que, por ejemplo, Uruguay se negó a participar en un nuevo tratado de libre comercio iniciado por los Estados Unidos. En noviembre de 2009 los votantes uruguayos eligieron a José Mujica, un antiguo líder guerrillero, como sucesor de Vázquez. Mujica prometió mantener la orientación de Vázquez en políticas económicas y juró fortalecer aún más los servicios de salud del sector público uruguayo.

Salud colectiva es el término que caracterizó la medicina social en Brasil, aquella que afectó profundamente las políticas del sector bajo el gobierno de Luiz Inácio Lula da Silva, antiguo líder sindical elegido presidente en 2002 y de nuevo en 2006, por dos periodos consecutivos. Los líderes de la salud colectiva participaron como activistas en el Partido de los Trabajadores y contribuyeron a muchos de los logros electorales y posteriores de Lula. Varios líderes de la salud colectiva trabajaron como funcionarios influyentes en el Ministerio Nacional de Salud. En los distritos, los activistas de la salud colectiva desarrollaron esfuerzos tales como los presupuestos determinados comunitariamente para tratar las necesidades locales. Debido a los efectos adversos previstos sobre

la salud y los servicios de salud, algunos líderes de la salud colectiva se opusieron a las políticas de Lula que favorecían los intereses del capital financiero, incluyendo la renovación de tratados con el Fondo Monetario Internacional. Por otra parte, Lula obtuvo grandes elogios por el apoyo a las políticas de fortalecimiento de los servicios del sector público y por su disposición a oponerse a las políticas de Estados Unidos en escenarios como el de la Organización Mundial del Comercio. Con la elección de Dilma Rousseff en octubre de 2010 –la sucesora de Lula escogida dentro del Partido de los Trabajadores– como la primera mujer presidente de Brasil, probablemente seguirá un mayor fortalecimiento de los servicios del sector público a nivel nacional y municipal.

Luchas por programas nacionales de salud en el corazón del imperio

Por lo menos desde la década de los veinte, en pleno pasado del imperio, las personas en Estados Unidos se han organizado para apoyar un programa nacional de salud que brinde acceso universal a servicios médicos integrales. En Europa, estas luchas comenzaron incluso antes; por ejemplo, en 1883, Alemania se convirtió en el primer país del mundo en establecer un programa nacional de salud como parte de la legislación social de Otto von Bismarck, que principalmente buscaba prevenir una revolución social de mayor alcance. Aunque muchas iniciativas han intentado privatizar parcial o totalmente los programas nacionales de salud europeos, como se mencionó en el Capítulo 8, estos esfuerzos no han conseguido un éxito duradero*.

En Estados Unidos, el último de muchos intentos por conseguir un programa nacional de salud, incluyó los esfuerzos del presidente Barack Obama, que terminaron durante marzo de 2010 con la aprobación de la polémica Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*). Antes en su carrera, Obama había apoyado un programa público de redistribución de impuestos para la atención universal en salud; sin embargo, en su campaña presidencial de 2008, recibió aproximadamente tres veces más contribuciones de la industria privada de seguros con ánimo de lucro de lo que recibió su oponente del Partido Republicano, John McCain. No sorprende que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible propendiera

a la preservación y el fortalecimiento de la industria privada de seguros, a través del enorme aumento de los pagos a la industria por la atención de las personas no aseguradas o con poca cobertura”.

Pese a la complejidad de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, sus componentes básicos se parecen a los de muchas propuestas de reforma de salud favorecidas por las instituciones financieras internacionales, y por las corporaciones multinacionales de seguros a lo largo del mundo durante el presente del imperio. Como lo discuto en la Parte 2, estas propuestas intentaban aumentar el acceso de las corporaciones al sector público de la salud y a los fondos fiduciarios de la seguridad social. La ideología que favorecía a las corporaciones con ánimo de lucro en el mercado, justificaba estas reformas por medio de declaraciones no demostradas sobre la eficiencia del sector privado y acerca de mejoría en la calidad de la atención bajo los principios de la competencia y de la administración de negocios. Estas reformas, por lo general, han tratado la atención en salud como una mercancía que se compra y se vende en un mercado competitivo, y no como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por el gobierno, de acuerdo con el principio de la solidaridad social.

El contraste entre la aproximación de distribución de impuestos y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, se parece al contraste entre las propuestas de reforma del sector público versus las orientadas al mercado que sucedieron en todo el mundo durante el presente del imperio. Las élites políticas y económicas apoyaban la reforma orientada al mercado como un camino para aumentar las oportunidades de inversión y la rentabilidad de las corporaciones multinacionales que vendían seguridad privada en salud, medicamentos y equipos. Promovidas por la dirección de las corporaciones e instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial, estas propuestas basadas en el mercado buscaban utilizar los fondos del sector público, por lo general de los sistemas de seguridad social de los países señalados como objetivo, para subsidiar la expansión corporativa del sector privado.

Como muchos programas nacionales de salud en el mundo, el programa de distribución de impuestos en Estados Unidos básicamente extendería el *Medicare* a toda la población. Aunque el *Medicare* no ha estado exento de problemas, las personas mayores de sesenta y cinco años han apoyado ampliamente el sistema y han expresado su satisfacción con este. En

el *Medicare*, el gobierno ocupa un papel muy pequeño recaudando los pagos de los trabajadores, empleados y beneficiarios y luego distribuye los fondos a los prestadores de atención en salud por los servicios que reciben los pacientes del *Medicare*. Dado que es un sistema tan simple, los costos administrativos promedian entre el 3% y el 5% de acuerdo con la mayoría de los estudios. Este pequeño porcentaje significa que la gran mayoría de gastos de *Medicare* pagan servicios clínicos y no gastos administrativos.

Por otra parte, el seguro privado por lo general muestra gastos administrativos entre el 20% y el 30%⁸⁸, y existe poca evidencia de que el despilfarro administrativo vaya a disminuir sustancialmente con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Este porcentaje mucho mayor significa que cerca de un cuarto de cada dólar utilizado en atención en salud es gastado en costos administrativos. Muchos de estos gastos van a actividades como facturación, negación de peticiones, supervisión de copagos y deducibles, escrutinio de condiciones preexistentes que descalifican a las personas para ser atendidas (la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible prohibiría las prácticas basadas en las condiciones preexistentes, pero la prohibición sería paulatina en un periodo de años), y salarios exorbitantes para los ejecutivos (en algunos casos entre US \$10 millones y US \$20 millones por año).

Un programa nacional de salud basado en la distribución de impuestos lograría el acceso universal a al reducir drásticamente el desperdicio administrativo⁸⁹. Todas las personas recibirían la atención que requieren sin necesidad de copagos, deducibles, u otros gastos en el punto de servicio. Con un sistema de distribución de impuestos, la familia y la empresa promedio gastarían lo mismo o menos de lo que gastaban antes en costos médicos. Pese a la falta de apoyo por parte de la administración de Obama y muchos representantes del Congreso, las encuestas nacionales han demostrado de forma consistente que la mayoría o una mayoría relativa (dependiendo de la encuesta) en los Estados Unidos está a favor del sistema de distribución de impuestos⁹⁰.

La propuesta de la administración de Obama, así como la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (que finalmente fue aprobada en el Congreso por una pequeña mayoría como parte del proceso de reconciliación presupuestal, más que como una legislación

por sí sola), incluían un acercamiento “mixto” para vincular los sectores público y privado. En el modelo mixto, las aseguradoras privadas de salud reciben fondos del sector público derivados en su mayoría de la recaudación de impuestos. Esos fondos subsidian el seguro privado, el cual sigue siendo administrado por corporaciones aseguradoras. Aunque la administración de Obama también propuso una “opción pública” a ser operada por el gobierno federal, finalmente renunció a tal opción debido principalmente a la oposición de la industria privada de seguros y de los partidarios de la industria en el Congreso⁹⁸.

Como resultado de este proceso, el Programa Nacional General de Salud, como fue promulgado en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, mantuvo a la anterior industria de seguros privada como la entidad administrativa principal y, por lo tanto, proyectó un nivel mucho más alto de costos administrativos que el sistema por distribución de impuestos. Dado que el abordaje mixto no reduciría significativamente el desperdicio administrativo, se podía predecir que los costos anticipados de la propuesta se volverían prohibitivos, pese a las promesas de que iba a ocurrir lo contrario. La preocupación acerca de estos altos costos se volvió un enfoque importante del debate en el Congreso y en los Estados Unidos. Más aún, incluso en el mejor escenario, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible dejaría cerca de la mitad de la población previamente no asegurada, alrededor de 23 millones de personas sin seguro⁹⁹.

Obama y los miembros centrales de su personal, declararon consistentemente que era importante preservar la industria privada de seguros con ánimo de lucro, incluso debían otorgarse más subsidios de impuestos para estas. La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible esencialmente obligaría a las familias y a los individuos a comprar seguros a la industria privada, con apoyo para los pobres por medio de una evaluación económica que exigía altos costos administrativos. Anteriores programas a nivel estatal, que suponían un abordaje mixto público y privado, no lograron alcanzar la cobertura universal y generaron terribles sobrecostos (por ejemplo, en Massachusetts, citado frecuentemente como modelo para la propuesta de Obama)¹⁰⁰.

Otros países que han implementado sistemas mixtos público–privados se han encontrado con retos similares. Aunque algunos sistemas europeos

han recibido atención crítica¹⁰⁴, muchos países de ingresos medios en América Latina también han intentado implementar sistemas mixtos. Como se discutió en la Parte 2, estas iniciativas son principalmente el resultado de las exigencias de las instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, que pidieron una reducción de los servicios del sector público y una expansión de los servicios del sector privado como requisito para los préstamos nuevos o renegociados¹⁰⁵.

En esos países, ni la conversión del sector público al seguro del sector privado, ni la expansión de la seguridad privada a través del aumento de la financiación pública y la participación de empresarios corporativos, tuvieron éxito en asegurar el acceso a los servicios de salud necesarios. La expansión de la seguridad privada frecuentemente generó copagos adicionales. La privatización de la seguridad social y de otros fondos para los servicios de salud del sector público, favoreció por lo general a las corporaciones privadas al brindar seguridad subsidiada públicamente y al incrementar el capital que tenían esas corporaciones. Adicionalmente, la privatización llevó a mayores costos administrativos.

El impacto de los sistemas mixtos público–privados varió entre los países. En Argentina, estas políticas llevaron a aumentar la crisis económica y a mayores recortes en los servicios, especialmente para las personas mayores y discapacitadas. En Chile, donde la privatización se dio en gran parte durante la dictadura militar, las organizaciones privadas de atención gerenciada (subsidiadas por los fondos públicos de impuestos) prosperaron ya que cubrían a los grupos relativamente saludables de la población, mientras que un restringido sector público seguía prestando servicios para los no asegurados. México enfrentó presiones del Banco Mundial para privatizar su sistema de seguridad social, incluyendo los servicios de salud del sector público; a medida que las posibilidades se abrían a la participación de las corporaciones privadas, las instituciones del sector público encontraron reducciones de presupuesto que llevaron a la erosión de los servicios.

Si tomamos en serio el trabajo para mejorar los problemas devastadores del acceso a los servicios en Estados Unidos y en otros países, necesitamos movernos más allá de la sabiduría convencional acerca del impacto positivo de las políticas basadas en el mercado, como los sistemas mixtos público–privado. Las estrategias que canalizan los fondos públicos hacia

las corporaciones privadas de seguros han fracasado en alcanzar el objetivo del acceso universal. Infortunadamente, estas políticas pueden, incluso, empeorar las condiciones enfrentadas por los grupos vulnerables. Con base en realidades empíricas, nuestro trabajo debe encontrar formas de aumentar la prestación de servicios del sector público, más que continuar implementando las políticas fallidas de la privatización. En los Estados Unidos, el centro del presente del imperio, estas políticas fallidas continuarán agotando la ya frágil economía nacional, mientras dejan a una gran parte de la población con un acceso inadecuado a los servicios.

Dado que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible muy posiblemente fracasará en alcanzar sus propósitos de acceso universal y control de precios, especialmente después del aumento de la oposición generado en las elecciones parciales de noviembre de 2010, continuarán los esfuerzos organizativos para alcanzar un programa público nacional de salud basado en los principios de distribución de impuestos¹⁰⁰. Como Estados Unidos sigue siendo el único país económicamente avanzado que no tiene un programa nacional viable que asegure el acceso a la atención necesaria, el sistema de distribución de impuestos será visto como el único camino para evitar las fallas que han plagado al país por tantos años. A largo plazo podríamos tener esperanzas en la famosa observación de Winston Churchill, “Estados Unidos siempre hace lo que es correcto, después de haber agotado todas las demás alternativas”¹⁰¹.

¿El fin del imperio?

Al final del siglo XX, los tratados de comercio estaban fortaleciendo las posiciones políticas y económicas de los Estados Unidos y otras naciones dominantes en Norteamérica y Europa, pero el siglo XXI ha visto un rápido deterioro de este mecanismo de construcción y mantenimiento del imperio. Solo como un ejemplo clave, las acciones colectivas hicieron fracasar los intentos por aprobar el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas, un acuerdo que habría convertido el Hemisferio Occidental en una zona singular de libre comercio, sobre las líneas del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica. Con raras excepciones, como el tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centroamérica y República Dominicana, acciones similares han forzado al gobierno de los primeros

a implementar esporádicamente tratados de libre comercio bilaterales con países específicos, en lugar de conseguir acuerdos regionales que logran un espectro más amplio de países acordes con los principios imperiales.

El colapso de las rondas de negociaciones de la Organización Mundial del Comercio en 2008, implicó el probable fin de la hegemonía de Estados Unidos y Europa en los acuerdos de comercio. Este colapso fue resultado de la resistencia –en parte frente a las tarifas agrícolas– de una coalición emergente: El Mercado Común del Sur, MERCOSUR (en América Latina, liderado por Brasil e incluyendo a Argentina, Paraguay, Uruguay y Venezuela como miembros plenos), China e India. Esta transición seguirá cambiando profundamente los efectos adversos previos que tuvieron los tratados de comercio sobre la salud pública y los servicios de salud.

Han surgido tratados de comercio alternativos que no incluyen a los Estados Unidos o a los países de Europa Occidental⁹⁸. Como ya se mencionó, el primero de aquellos en América Latina fue MERCOSUR. Otro tratado cada vez más influyente es la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), que, iniciada por Venezuela, incluye a Cuba, Bolivia, Nicaragua, Ecuador, Dominica, San Vicente y las Granadinas, y Antigua y Barbuda. Estos tratados de comercio alternativos crearon actividades colaborativas que minimizan los esfuerzos dominantes y, a menudo explotadores, ejercidos previamente por los Estados Unidos y otros países del Norte. Muchos de los tratados suponen cooperación en salud pública y atención médica, tal como el envío de médicos cubanos a trabajar en Venezuela y Bolivia a cambio de petróleo y gas natural.

Considerando solo a América Latina, los gobiernos progresistas han llegado al poder como resultado de victorias electorales en Venezuela, Ecuador, Bolivia, Chile, Argentina, Uruguay, Brasil, Nicaragua, Honduras, Paraguay y El Salvador⁹⁹. Estos gobiernos han rechazado en general los principios y relaciones históricas asociados al imperio. Muchos de los países (particularmente Venezuela y Bolivia) han adoptado explícitamente las visiones de una transición pacífica, electoral hacia el socialismo, una transición que los poderes imperiales anteriormente no habrían tolerado, como en el caso de Chile durante el inicio de los años 70 –discutido en el Capítulo 4–. El deterioro del imperio ha cargado consigo la reducción de su capacidad para destruir los gobiernos elegidos

democráticamente que no hacen venia a las expectativas imperiales. Una política importante que caracteriza típicamente a estos nuevos gobiernos incluye la revocación de las exigencias neoliberales de reducción de los servicios de salud del sector público y, en su lugar, un fortalecimiento de esos servicios.

La debilidad del imperio capitalista en respuesta a estos cambios se hizo más clara después de 2008, cuando el sistema bancario internacional por poco colapsa con la socialización por medio del aumento de la propiedad gubernamental sobre los bancos y otras empresas privadas importantes como la industria automotriz, y la sobre extensión e ineffectividad de las operaciones militares. Hasta ahora la expansión de la propiedad gubernamental en la economía capitalista ha seguido beneficiando principalmente a los ricos; pero la debilidad revelada por las acciones para socializar cada vez más partes de la economía capitalista se hizo indudablemente clara para cualquiera que se preocupara por mirarla de cerca. Así mismo, el prospecto de la guerra sin fin, generalmente perpetrada en el nombre del antiterrorismo, desmanteló la desesperación subyacente del “capitalismo del desastre”¹⁰. Esta etapa del capitalismo se mantiene, en gran parte, creando desastres por medio de la guerra para que los actores corporativos puedan abrir nuevos mercados y oportunidades de inversión al fortalecer la “seguridad” y reconstruir las sociedades devastadas por la guerra.

Tales cambios se remontan a la predicción del siempre controversial V.I. Lenin, cuya importancia como analista de la vulnerabilidad del capitalismo durante la era del imperio ha crecido (pese a no haber logrado predecir correctamente el futuro del socialismo en Europa); analistas más recientes como Immanuel Wallerstein, Chalmers Johnson y Johan Galtung han llegado a conclusiones similares¹¹. Lenin analizó varias tendencias en el capitalismo “tardío” que vinculaban el deterioro del imperio con la crisis del sistema bancario, y la emergencia de la guerra perpetua que finalmente debilitaría los poderes capitalistas. Por ejemplo, se dio cuenta de la concentración de las actividades bancarias durante las últimas fases del imperio, a medida que las actividades fundamentales de la economía capitalista se encaminaron hacia la expansión del capital financiero (más recientemente llamado “financiarización” de las actividades económicas)¹² y dejaran atrás la producción de bienes y servicios útiles. La guerra figura como el componente fundamental

de la búsqueda incesante de capital financiero para nuevas fuentes de rentabilidad:

La pregunta es ¿qué medios aparte de la guerra pueden existir bajo el capitalismo para superar la disparidad entre el desarrollo de fuerzas productivas y la acumulación del capital por un lado, y la división de colonias y esferas de influencia para el capital financiero por el otro?

Y finalmente la última etapa del imperio implica decadencia y transformación:

Los monopolios, la oligarquía, la tendencia a la dominación y no a la libertad, la explotación de un número creciente de naciones pequeñas o débiles por un puñado de las naciones más ricas o más poderosas –todo esto ha dado luz a las características distintivas del imperialismo que nos obligan a definirlo como capitalismo parásito o decadente... De todo lo que ha sido dicho en este libro sobre la esencia económica del imperialismo, se sigue que debemos definirlo como capitalismo en transición, o, más precisamente, como capitalismo moribundo.

Estas visiones de las tendencias “moribundas” del imperio capitalista surgieron más de ocho décadas antes de que ellas jugaran con mucha más claridad durante los primeros años del siglo XXI. Seguirá fluyendo una oposición furiosa desde los centros financieros y de poder, a medida que la oscura flor del imperio se marchita gradualmente.

Activismo sociomédico en la era posimperio

Las luchas consideradas aquí confirman ciertos principios centrales de salud pública: el derecho a la atención en salud, el acceso al agua potable y otros componentes de un ambiente seguro, y la reducción de las condiciones generadoras de enfermedad como la inequidad y los determinantes sociales relacionados con la mala salud y la muerte temprana. El acceso costeable a la atención en salud y a los suministros de agua potable proporcionados por el Estado, por ejemplo, se han vuelto el centro del activismo en el mundo. Estas luchas reafirman el principio del derecho a la organización desde las bases y a que la voz de las comunidades sea escuchada y tenida en cuenta en las decisiones normativas. Fomentando un sentido de dignidad, el activismo que

busca alternativas al neoliberalismo y a la privatización, fomenta la participación de poblaciones diversas, se hace un énfasis en la solidaridad, y un rechazo a las formas políticas tradicionales. Reforzando este punto de vista, Pierre Bourdieu ubica estos nuevos movimientos sociales en el corazón de la lucha contra el neoliberalismo, a medida que el Estado y la sociedad civil se transforman¹⁰.

Como sostiene William Robinson, tales luchas populares y resistencia organizada responden a las prácticas explotadoras del capitalismo global y el imperio, pero también van más allá de esas prácticas. Él sitúa estas luchas en el contexto del Estado transnacional, mencionando que “el reto es cómo reconstruir el poder social de las clases populares en el mundo, en una era en la que tal poder no es mediado ni organizado a través del Estado nación”¹¹. Desde esta perspectiva, la movilización de la sociedad civil abre espacios contra-hegemónicos en los que las sabidurías que fomentan imperio se han desmitificado y vuelto inaceptables.

El reto es desarrollar estrategias para el activismo que puedan extender esos espacios contrahegemónicos hacia un cambio social más amplio. El objetivo de los movimientos sociales que hemos descrito no es simplemente ganar, sino también fomentar el debate público y aumentar el nivel de conciencia política. Esta nueva conciencia rechaza la inevitabilidad del imperio y también fomenta una visión de la medicina y de la salud pública construida sobre el principio de la justicia y no sobre el mercado y la rentabilidad. A medida que la era del imperio pasa, ningún otro camino llenará nuestras aspiraciones más esenciales para la curación.

Notas

.....

¹ Este capítulo se desarrolló a partir de un estudio a largo plazo sobre la medicina social latinoamericana y de un intento por llamar la atención de los trabajadores de la salud, los activistas, y el público en general fuera de América Latina sobre este campo. Los métodos de estudio incluyen la revisión de libros, revistas, documentos inéditos, y archivos en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, y México, así como entrevistas a fondo con los líderes del campo en esos países. Estoy en deuda con muchos colegas y amigos que ofrecieron consejos, participaron en las entrevistas, y brindaron ejemplos de valentía en la búsqueda de la medicina social pese a las amenazas a su seguridad por ello. Para más detalles, ver: Howard Waitzkin, Celia Iriart, Alfredo Estrada y Silvia Lamadrid, “Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups,” *Lancet* 358 (2001): 315–323; y “Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America,” *American Journal of Public Health* 91 (2001): 1592–1601; Howard Waitzkin, Celia Iriart, Holly Buchanan, Francisco Mercado, Jonathan Tregear y Jonathan Eldredge, “The Latin American Social Medicine Database: A Resource for Epidemiology,” *International Journal of Epidemiology* 37 (2008): 724–728. Ver también Debora Tajer, “Latin American Social Medicine: Roots, Development During the 1990s, and Current Challenges,” *American Journal of Public Health* 93 (2003): 2023–2027.

² Howard Waitzkin, “Is Our Work Dangerous? Should It Be?” *Journal of Health and Social Behavior* 39 (1998): 7–17. El siguiente recuento viene de las narraciones de los entrevistados durante entrevistas profundas en la anterior investigación sobre la medicina social latinoamericana. Estas entrevistas tuvieron lugar a mediados de los 90.

³ Max Weber, *Max Weber on Capitalism, Bureaucracy, and Religion*, ed. Stanislaw Andreski (Boston: Allen & Unwin, 1983).

⁴ George Rosen, *De la Política Médica a la Medicina Social* (Mexico City: Siglo XXI, 1985); Michel Foucault, “El Nacimiento de la Medicina Social,” *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* (San José, Costa Rica) 3, no. 6 (1977): 89–108; Saúl Franco y Everardo D. Nunes, “Presentación,” en Saúl Franco, Everardo Nunes, Jaime Breilh, y Cristina Laurell, eds., *Debates en Medicina Social* (Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud, 1991).

⁵ Rudolf Virchow, *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der Oeffentlichen Medicin und der Seuchenlehre* (Berlin: Hirschwald, 1879), y *Letters to His Parents, 1839 to 1864* (Canton, MA: Science History Publications, 1990). Ver también el Capítulo 2.

⁶ María Angélica Illanes, “En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, . . .”: *Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880–1973* (Santiago, Chile: Colectivo de Atención Primaria, 1993).

⁷ Elizabeth Fee y Theodore M. Brown, *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997); Dorothy

Porter, *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times* (London: Routledge, 1999), y “How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading?” *PLoS Medicine* 3 (2006): e399.

⁸Salvador Allende, *La Realidad Médico–Social Chilena* (Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad, 1939).

⁹Mirta Z. Lobato y Adriana Álvarez, *Política, Médicos y Enfermedades: Lecturas de la Historia de la Salud en la Argentina* (Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos, 1996); Marcos Cueto, ed., *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina* (Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud–Instituto de Estudios Peruanos, 1996); Gilberto Hochman, *Aprendizado e Difusão na Constituição de Políticas: A Previdência Social e seus Técnicos* (Rio de Janeiro, Brazil: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1987); Eduardo Estrella, Antonio Crespo, y Doris Herrera, *Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador, 1967–1995* (Quito, Ecuador: Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud, 1997); Marcos Cueto, *El Regreso de las Epidemias: Salud y Sociedad en el Perú del Siglo XX* (Lima, Peru: Instituto de Estudios Peruanos, 1997); Anne–Emanuelle Birn, “Skirting the Issue: Women and International Health in Historical Perspective,” *American Journal of Public Health* 89 (1999): 399–407; Anne–Emanuelle Birn y Armando Solórzano, “Public Health Policy Paradoxes: Science and Politics in the Rockefeller Foundation’s Hookworm Campaign in Mexico in the 1920s,” *Social Science & Medicine* 49 (1999): 1197–1213.

¹⁰E. Richard Brown, *Rockefeller Medicine Men* (Berkeley: University of California Press, 1979); Marcos Cueto, ed., *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America* (Bloomington: Indiana University Press, 1994); Saúl Franco–Agudelo, “The Rockefeller Foundation’s Antimalarial Program in Latin America: Donating or Dominating?” *International Journal of Health Services* 13 (1983): 51–67.

¹¹Franco y Nunes, “Presentación”; Debora Tajer, “La Medicina Social Latinoamericana en los Años Noventa: Hechos y Desafíos,” en *ALAMES en la Memoria: Selección de Lecturas*, ed. Francisca Rojas Ochoa y Miguel Márquez (Havana, Cuba: Editorial Caminos, 2009).

¹²Wim Dierckxsens, *Capitalismo y Población: La Reproducción de la Fuerza de Trabajo Bajo el Capital* (San José, Costa Rica: Editorial Universitaria Centroamericana, 1979); Raúl Rojas Soriano, *Capitalismo y Enfermedad* (Mexico City: Folios Ediciones, 1982), y *Sociología Médica* (Mexico City: Folios Ediciones, 1983).

¹³Friedrich Engels, *Dialectics of Nature* (New York: International, 1940); Richard Levins y Richard Lewontin, *The Dialectical Biologist* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1985).

¹⁴Jaime Breilh, “Componente de Metodología: La Construcción del Pensamiento en Medicina Social,” en Franco, Nunes, Breilh, y Laurell, eds., *Debates en Medicina Social*.

¹⁵Marcos Buchbinder, “Rol de lo Social en la Interpretación de los Fenómenos de Salud y Enfermedad en la Argentina,” *Salud, Problema y Debate* (Buenos Aires,

Argentina) 2, no. 4 (1990): 37–50.

¹⁶ Juan B. Justo, *Teoría y Práctica de la Historia* (Buenos Aires, Argentina: La Vanguardia, 1933).

¹⁷ Che Guevara, “The Dilemma of What to Dedicate Myself To,” en *Venceremos! The Speeches and Writings of Ernesto Che Guevara*, ed. John Gerassi (London: Weidenfeld & Nicholson, 1968).

¹⁸ Che Guevara, “The Revolutionary Doctor,” en Gerassi, ed., *Venceremos!*; Gordon Harper, “Ernesto Guevara, M.D.: Physician–Revolutionary Physician–Revolutionary,” *New England Journal of Medicine* 281 (1969): 1285–1289.

¹⁹ Francisco Lynch Guevara, comunicación personal, Buenos Aires, Argentina, 1995.

²⁰ Eugenio Espejo, *Voto de un Ministro Togado de la Audiencia de Quito* (Quito, Ecuador: Comisión Nacional de Conmemoraciones Cívicas, 1994).

²¹ Pablo Arturo Suárez, *Contribución al Estudio de las Realidades entre las Clases Obreras y Campesinas* (Quito, Ecuador: Imprenta Fernández, 1934).

²² Ricardo Paredes, *Oro y Sangre en Portocavelo* (Quito, Ecuador: Editorial Artes Gráficas, 1938).

²³ Julie M. Feinsilver, *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad* (Berkeley: University of California Press, 1993); Howard Waitzkin, Karen Wald, Romina Kee, Ross Danielson, y Lisa Robinson, “Primary Care in Cuba: Low– and High–Technology Developments Pertinent to Family Medicine,” *Journal of Family Practice* 45 (1997): 250–258. Ver también el Capítulo 3.

²⁴ Howard Waitzkin y Hilary Modell, “Medicine, Socialism, and Totalitarianism: Lessons from Chile,” *New England Journal of Medicine* 291 (1974): 171–177; Paul B. Cornely, et al., “Report of the APHA Task Force on Chile,” *American Journal of Public Health* 67 (1977): 71–73. Ver también el Capítulo 3.

²⁵ Richard Garfield, *Health Care in Nicaragua: Primary Care Under Changing Regimes* (New York: Oxford University Press, 1992); Richard M. Garfield, Thomas Frieden, y Sten H. Vermund, “Health–Related Outcomes of War in Nicaragua,” *American Journal of Public Health* 77 (1987): 615–618.

²⁶ Frei Betto y Fidel Castro, *Fidel and Religion: Castro Talks on Revolution and Religion with Frei Betto* (New York: Simon & Schuster, 1987).

²⁷ Camilo Torres, *Revolutionary Priest: The Complete Writings and Messages* (New York: Random House, 1971).

²⁸ Paulo Freire, *Pedagogy of the Oppressed* (New York: Herder and Herder, 1970).

²⁹ Nilson do Rosario Costa, “Transición y Movimientos Sociales: Contribuciones al Debate de la Reforma Sanitaria,” *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario, Argentina) 44 (1988): 51–61.

³⁰ Paulo Freire, *Pedagogy of Freedom: Ethics, Democracy, and Civic Courage* (Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 1998).

³¹ Nina Wallerstein y Edward Bernstein, “Empowerment Education: Freire’s Ideas Adapted to Health Education,” *Health Education Quarterly* 15 (1988): 379–394; Raúl Magaña, et al., “Una Pedagogía de Concientización para la Prevención del VIH/SIDA,” *Revista Latino Americana de Psicología* 24, no. 1–2 (1992): 97–108.

³² Juan César García, *La Educación Médica en la América* (Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1972); *La Investigación en el Campo de la Salud en Once Países de la América Latina* (Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1982); *La Mortalidad de la Niñez Temprana Según Clases Sociales* (Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana, 1979); “The Laziness Disease,” *History and Philosophy of the Life Sciences* 3, no. 1 (1981): 31–59.

³³ A. Mier, *La Nacionalización de los Servicios de Salud: La Organización Sanitaria en los Países Latinoamericanos, 1880–1930* (Washington, DC: distribución privada, 1975).

³⁴ El autor hace referencia al asesinato de Héctor Abad Gómez por parte del Cartel de Medellín cuando era miembro del Comité Nacional Permanente de Defensa de los Derechos Humanos donde participó en la Comisión de Verificación de los acuerdos entre el Gobierno y las organizaciones guerrilleras. Abad fue fundador en 1963 de la Escuela Nacional de Salud Pública en la Universidad de Antioquia. [Nota editorial]

³⁵ Franco, Nunes, Breilh, y Laurell, *Debates en Medicina Social*.

³⁶ Jaime Breilh, “Componente de Metodología: La Construcción del Pensamiento en Medicina Social,” en Franco, Nunes, Breilh y Laurell, *Debates en Medicina Social*; Asa Cristina Laurell, “Social Analysis of Collective Health in Latin America,” *Social Science & Medicine* 28 (1989): 1183–1191.

³⁷ Antonio Gramsci, *The Prison Notebooks* (1929–1935; New York: Columbia University Press, 2007).

³⁸ Costa, “Transición y Movimientos Sociales”; Saúl Franco, “Tendencias de la Medicina Social en América Latina,” en *Actualización en Medicina Social*, ed. Jaime Sepúlveda et al. (Santiago, Chile: GICAMS, 1989).

³⁹ Asa Cristina Laurell, “Trabajo y Salud: Estado del Conocimiento,” en Franco, Nunes, Breilh, y Laurell, eds., *Debates en Medicina Social*; Márquez & Ochoa, eds., *ALAMES en la Memoria*.

⁴⁰ Jaime Breilh, *Epidemiología: Economía, Medicina y Política* (Mexico City: Fontamara, 1989).

⁴¹ Jaime Breilh, *Género, Poder y Salud* (Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1993); Doris Acevedo, “Mujer, Trabajo y Salud: Una Orientación” in Ochoa y Márquez, eds., *ALAMES en la Memoria* (1994 [2009]); Yolanda Arango Panesso, “La Promoción de Salud y el Autocuidado: Qué Dicen las Mujeres desde sus Propios Saberes,” en Ochoa y Márquez, eds., *ALAMES en la Memoria* (1994 [2009]).

⁴² Como en el Capítulo 10, por “ideología” me refiero a las distintas ideas e ideales que caracterizan a un grupo social específico y que se vuelven la base de las políticas clave en política y economía. Para ver fuentes, ir a la nota 1 de ese capítulo.

⁴³ Mabel Grimberg, “Programas, Actores y Prácticas Sociales: Encuentros y Desencuentros entre Antropología y Políticas de Salud,” *Salud y Cambio* (Santiago, Chile) 3, no. 9 (1992): 6–18.

⁴⁴ Jaime Breilh y Edmundo Granda, “La Epidemiología en la Forja de una Contrahegemonía,” *Salud Problema* (Mexico City) 11 (1986): 25–40; y

“Epidemiología y Contrahegemonía,” *Social Science & Medicine* 28 (1989): 1121–1127.

⁴⁵ Asa Cristina Laurell, “Mortality and Working Conditions in Agriculture in Underdeveloped Countries,” *International Journal of Health Services* 11 (1981): 3–20.

⁴⁶ Asa Cristina Laurell y Oliva López Arellano, “Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health,” *International Journal of Health Services* 26 (1996): 1–18; Karen Stocker, Howard Waitzkin, y Celia Iriart, “The Exportation of Managed Care to Latin America,” *New England Journal of Medicine* 340 (1999): 1131–1136; Celia Iriart, Emerson Merhy, y Howard Waitzkin, “Managed Care in Latin America: The New Common Sense in Health Policy Reform,” *Social Science & Medicine* 52 (2001): 1243–1253.

⁴⁷ Asa Cristina Laurell, “La Salud–Enfermedad como Proceso Social,” *Revista Latinoamericana de Salud* (Mexico City) 2 (1982): 7–25; Saúl Franco, “La Cuestión de la Causalidad en Medicina,” en Grupo de Trabajo, *Desarrollo de la Medicina Social en America Latina* (Mexico City: Organización Panamericana de la Salud, 1989).

⁴⁸ Juan Samaja, “La Triangulación Metodológica: Pasos para una Comprensión Dialéctica de la Combinación de Métodos,” en Ochoa y Marquéz, eds., *ALAMES en la Memoria* (1992 [2009]).

⁴⁹ Asa Cristina Laurell, et al., “Disease and Rural Development: A Sociological Analysis of Morbidity in Two Mexican Villages,” *International Journal of Health Services* 7 (1977): 401–423; Jaime Breilh, Edmundo Granda, Arturo Campaña, y Oscar Betancourt, *Ciudad y Muerte Infantil* (Quito, Ecuador: Ediciones CEAS, 1983).

⁵⁰ Jaime Breilh, *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación* (Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1995); Alexis J Handal et al., “Occupational Exposure to Pesticides During Pregnancy and Neurobehavioral Development of Infants and Toddlers,” *Epidemiology* 19 (2008): 851–859.

⁵¹ Stocker, Waitzkin, e Iriart, “The Exportation of Managed Care to Latin America”; Iriart, Merhy, y Waitzkin, “Managed Care in Latin America”; Celia Iriart, “La Reforma del Sector Salud en Argentina: De la Salud como Derecho Social a Bien Público a Responsabilidad Individual y Bien de Mercado,” en Centro de Estudios y Asesoría en Salud, *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario* (Quito, Ecuador: CEAS, 1997); Jaime Breilh, “Reforma: Democracia Profunda, No Retroceso Neoliberal,” en Centro de Estudios y Asesoría en Salud, *Reforma en Salud*; Emerson Merhy, Celia Iriart, y Howard Waitzkin, “Atenção Gerenciada: Da Micro–Decisão Corporativa à Micro–Decisão Administrativa, um Caminho Iguamente Privatizante?” en *Managed Care: Alternativas de Gestão em Saúde* (São Paulo, Brazil: Editora PROAHSA/Editora Fundação Getulio Vargas, 1998).

⁵² Mario Testa, *Saber en Salud: La Construcción del Conocimiento* (Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 1997); Leticia Artilles Visbal, “Marco Antropológico ‘Generalizado’ como Herramienta de Aplicación de las Determinantes Sociales

en la Práctica Social,” en Ochoa y Marquéz, eds., *ALAMES en la Memoria* (2007 [2009]).

⁵³ Colectivo CEAS, *Mujer, Trabajo y Salud* (Quito, Ecuador: Ediciones CEAS, 1994); Oscar Betancourt, *La Salud y el Trabajo* (Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud y Organización Panamericana de la Salud, 1995); Handal, “Occupational Exposure to Pesticides During Pregnancy and Neurobehavioral Development of Infants and Toddlers.”

⁵⁴ Breilh, “Componente de Metodología”; *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*.

⁵⁵ Naomar de Almeida Filho, *Epidemiología sin Números* (Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992).

⁵⁶ Asa Cristina Laurell, “The Role of Union Democracy in the Struggle for Workers’ Health in Mexico,” *International Journal of Health Services* 19 (1989): 279–293; Laurell et al., “Disease and Rural Development: A Sociological Analysis of Morbidity in Two Mexican Villages.”

⁵⁷ Colectivo CEAS, *Mujer, Trabajo y Salud*; Betancourt, *La Salud y el Trabajo*.

⁵⁸ Sonia Montecino, “Madres Niñas, Madresolas, Continuidad o Cambio Cultural?” *Salud y Cambio* (Santiago, Chile) 4, no. 11 (1993): 6–8.

⁵⁹ Túlio Franco, Wanderlei Silva Bueno, y Emerson Merhy, “O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim, Minas Gerais, Brasil,” *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 15, no. 2 (1999): 345–353.

⁶⁰ Saúl Franco, “International Dimensions of Colombian Violence,” *International Journal of Health Services* 30 (2000): 163–185; “A Social–Medical Approach to Violence in Colombia,” *American Journal of Public Health* 93 (2003): 2032–2036.

⁶¹ Alfredo Estrada, Mónica Hering, y Andrés Donoso, *Familia, Género y Terapia: Una Experiencia de Terapia Familiar Sistémica* (Santiago, Chile: Ediciones CODEPU, 1997).

⁶² Ignacio Martín-Baró, *Writings for a Liberation Psychology* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994); “La Violencia en Centroamérica: Una Visión Psicosocial,” *Salud, Problema y Debate* (Buenos Aires, Argentina) 2, no. 4 (1990): 53–66; Alicia Stolkiner, “Tiempos “Posmodernos”: Ajuste y Salud Mental,” en *Políticas en Salud Mental*, ed. Hugo Cohen, et al. (Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 1994); Alicia Stolkiner, “Human Rights and the Right to Health in Latin America: The Two Faces of One Powerful Idea,” *Social Medicine* 5 (2010): 58–63.

⁶³ En éste capítulo, como en el Capítulo 5, Rebeca Jasso–Aguilar participa como coautora, reflejando nuestra colaboración de larga data.

⁶⁴ Las observaciones de la sección sobre El Salvador, Bolivia y México derivan del trabajo de campo participativo de Rebeca Jasso–Aguilar y las Fuentes citadas abajo.

⁶⁵ Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS), “Chronology of the Movement,” San Salvador, El Salvador, 2002; Leslie Schuld, “El Salvador: Who Will Have the Hospitals?” *NACLA Report on the Americas* 36, no. 3 (2003): 42–45.

⁶⁶ Schuld, “El Salvador: Who Will Have the Hospitals?”

⁶⁷ Sindicato Médico de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

(SIMETRISSS), “Historical Agreement for the Betterment of the National Health System,” San Salvador, El Salvador, 2002.

⁶⁸ STISSS, “Chronology of the Movement.”

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ SIMETRISSS, “Historical Agreement for the Betterment of the National Health System.”

⁷¹ STISSS, “Chronology of the Movement”; SIMETRISSS, “Historical Agreement for the Betterment of the National Health System”.

⁷² Leslie Schuld, “El Salvador: Anti-Privatization Victory,” *NACLA Report on the Americas* 37, no. 1 (2003): 1.

⁷³ Maude Barlow, *Blue Covenant: The Global Water Crisis and the Coming Battle for the Right to Water* (Toronto: McClelland & Stewart, 2009).

⁷⁴ Carmen Peredo, Carlos Crespo, y Omar Fernández, *Los Regantes de Cochabamba en la Guerra del Agua* (Cochabamba, Bolivia: Centro de Estudios Superiores Universitarios de la Universidad Mayor de San Simón, 2004); William Assies, “David vs. Goliath in Cochabamba: Los Derechos del Agua, el Neoliberalismo, y la Renovación de la Protesta Social en Bolivia,” *Revista Tinkazos* 4, no. 8 (2001): 106–131.

⁷⁵ Alberto García Orellana, Fernando García Yapur, y Herbas Luz Quiton, *La Guerra del Agua, Abril de 2000: La Crisis de la Política en Bolivia* (La Paz, Bolivia: Fundación PIEB, 2003).

⁷⁶ Peredo et al., *Los Regantes de Cochabamba en la Guerra del Agua*; García et al., *La Guerra del Agua, Abril de 2000*.

⁷⁷ García et al., *La Guerra del Agua, Abril de 2000*; Oscar Olivera, *Cochabamba! Water War in Bolivia* (Cambridge, MA: South End Press, 2004).

⁷⁸ Material de archivo de televisión de *Monitor*. *Monitor* es una organización de monitoreo en Cochabamba que mantiene un archivo de noticias televisivas para consulta pública.

⁷⁹ Assies, “David vs. Goliath in Cochabamba”; Roberto Cardozo, “A Donde Vas Democracia?” *Cuarto Intermedio* (Cochabamba) 55 (May 2000): 64–89.

⁸⁰ Cardozo, “A Donde Vas Democracia?”

⁸¹ Ibid.; Assies, “David vs. Goliath in Cochabamba.”

⁸² Raquel Gutiérrez Aguilar, *Los Ritmos del Pachakuti: Levantamiento y Movilización en Bolivia (2000–2005)* (Mexico City: Bajo Tierra Ediciones, Sísifo Ediciones, 2009).

⁸³ Howard Waitzkin, Celia Iriart, Alfredo Estrada, y Silvia Lamadrid, “Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups,” *Lancet* 358 (2001): 315–323; Howard Waitzkin, Celia Iriart, Alfredo Estrada, y Silvia Lamadrid, “Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America,” *American Journal of Public Health* 91 (2001): 1592–1601; Asa Cristina Laurell, “What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government,” *American Journal of Public Health* 93 (2003): 2028–2031. Para más sobre la medicina social latinoamericana, véase el Capítulo 13.

⁸⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, www.constitucion.gob.mx, consultado en noviembre 13, 2010.

⁸⁵ Laurell, “What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs?”; Asa Cristina Laurell, “Interview with Dr. Asa Cristina Laurell,” *Social Medicine* 2, no. 1 (2007): 46–55; Asa Cristina Laurell, “Health Reform in Mexico City, 2000–2006,” *Social Medicine* 3, no. 2 (2008): 145–157.

⁸⁶ Laurell, “Health Reform in Mexico City.”

⁸⁷ Laurell, “What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs?”

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ *Ibid.*

⁹⁰ Laurell, “Health Reform in Mexico City.”

⁹¹ *Ibid.*

⁹² Laurell, “Interview with Dr. Asa Cristina Laurell.”

⁹³ Laurell, “Health Reform in Mexico City”; Julio Frenk et al., “Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico,” *Lancet* 368 (2006): 1524–1534.

⁹⁴ Laurell, “Interview with Dr. Asa Cristina Laurell.”

⁹⁵ Carles Muntaner, et al., “Venezuela’s Barrio Adentro: Participatory Democracy, South–South Cooperation and Health Care for All,” *Social Medicine* 3 (2008): 232–246; Charles Briggs y Clara Mantini–Briggs, “Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela,” *American Journal of Public Health* 99 (2009): 549–555.

⁹⁶ Para una útil revisión comparativa de los programas nacionales de salud en Europa y otros lugares, ver T. R. Reid, *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper and Fairer Health Care* (New York: Penguin, 2009).

⁹⁷ Un resumen y los componentes principales de la reforma en salud de la legislación de ESTADOS UNIDOS aparecen en “Understanding the Patient Protection and Affordable Care Act,” www.healthcare.gov/law/introduction/index.html, consultado en noviembre 13, 2010. Para información sobre el cambio de Obama entre los principios de distribución de impuestos y los principios del mercado, y las contribuciones a la campaña que apoyaron este cambio, ver: “Barack Obama on Single Payer in 2003,” www.pnhp.org/news/2008/june/barack_obama_on_sing.php, consultado en noviembre 13, 2010; Brad Jacobson, “Obama Received \$20Million from Healthcare Industry in 2008 Campaign,” *The Raw Story*, <http://mlyon01.wordpress.com/2010/01/13/obama-received-20-million-from-healthcare-industry-in-2008-campaign/>, consultado en noviembre 13, 2010.

⁹⁸ Steffi e Woolhandler, Terry Campbell, y David U. Himmelstein, “Costs of Health Care Administration in the United States and Canada,” *New England Journal of Medicine* 349 (2003): 768–775.

⁹⁹ Physicians for a National Health Program, “Single–Payer National Health Insurance,” www.pnhp.org/facts/single_payer_resources.php, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁰⁰ Western Pennsylvania Coalition for Single–Payer Healthcare, “Single–Payer Poll, Survey, and Initiative Results,” www.wpasinglepayer.org/PollResults.

html, consultado en noviembre 13, 2010; *Healthcare-Now*, “Another Poll Shows Majority Support for Single-Payer,” www.Healthcare-Now.org/another-poll-shows-majority-support-for-single-payer, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁰¹ White House, “The Obama Plan: Stability and Security for All Americans,” www.whitehouse.gov/issues/health-care, consultado en noviembre 17, 2009.

¹⁰² “Health Bill Leaves 23 Million Uninsured,” <http://pnhp.org/news/2010/march/pro-single-payer-doctors-health-bill-leaves-23-million-uninsured>, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁰³ Steffie Woolhandler, Benjamin Day, y David U. Himmelstein, “State Health Reform Flatlines,” *International Journal of Health Services* 38 (2008): 585–592.

¹⁰⁴ Reid, *The Healing of America*; Thomas S. Bodenheimer and Kevin Grumbach, *Understanding Health Policy: A Critical Approach* (Stamford, CT: Appleton & Lange, 2009).

¹⁰⁵ Howard Waitzkin, Rebeca Jasso-Aguilar, y Celia Iriart, “Privatization of Health Services in Less Developed Countries: An Empirical Response to the Proposals of the World Bank and Wharton School,” *International Journal of Health Services* 37 (2007): 205–227.

¹⁰⁶ Physicians for a National Health Program, “Single-Payer National Health Insurance”; *Healthcare-Now*, “Organizing for a National Single-Payer Healthcare System,” www.healthcarenow.org, consultado en noviembre 13, 2010; Howard Waitzkin, “Clarifying What a Single-Payer National Health Program Is and Is Not—and How It Differs from a ‘Public Option’: Selling the Obama Plan: Mistakes, Misunderstandings, and Other Misdemeanors,” *American Journal of Public Health* 100 (2010): 398–400.

¹⁰⁷ http://en.wikiquote.org/wiki/Winston_Churchill, consultado en noviembre 13, 2010; <http://refspace.com/quotes/america>, consultado en noviembre 13, 2010; <http://www.nytimes.com/1998/04/17/world/clinton-urges-latin-america-to-be-patient-on-free-trade.html>; <http://www.businessinsider.com/steve-keen-crisis-deflation-2010-11>, consultado en noviembre 13, 2010.

¹⁰⁸ La membresía de los tratados alternativos de comercio vigente en noviembre 2010.

¹⁰⁹ Estas victorias electorales eran vigentes en noviembre de 2010. En Chile el candidato conservador, Sebastián Piñera, ganó la presidencia en marzo de 2012 por un pequeño margen, después de que la presidente progresista Michelle Bachelet, cuyo soporte popular era del 84% al final de su periodo de acuerdo con los sondeos, no pudiera gobernar debido al límite constitucional de dos periodos. Bachelet no descarta una candidatura presidencial para el 2014. www.nasdaq.com/asp/stock-market-news-story.aspx?storyid=201003090924dowjonesdjonline000277&title=chile-president-bachelet-maintains-84-approval-after-earthquake-poll, consultado en noviembre 13, 2010.

¹¹⁰ Naomi Klein, *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism* (New York: Metropolitan, 2007).

¹¹¹ Vladimir Ilyich Lenin, *Imperialism, the Highest Stage of Capitalism: A Popular Outline* (1917; Moscow: Progress Publishers, 1963). Las citas son de los capítulos

1, 3, 7 y 10. Más recientemente, fuentes con altos matices que rescatan muchas de las predicciones de Lenin incluyen: Immanuel Wallerstein, *Decline of American Power: The U.S. in a Chaotic World* (New York: New Press, 2003) y *Alternatives: The U.S. Confronts the World* (Boulder, CO: Paradigm, 2004); Chalmers Johnson, *Blowback: The Costs and Consequences of American Empire* (New York: Henry Holt, 2004); *The Sorrows of Empire: Militarism, Secrecy, y the End of the Republic* (New York: Metropolitan Books, 2004); *Nemesis: The Last Days of the American Republic* (New York: Metropolitan Books, 2006); y Johan Galtung, *The Fall of the US Empire—And Then What?* (Basel, Switzerland: Transcend University Press, 2009).

¹¹² John Bellamy Foster, “The Financialization of Capital and the Crisis,” *Monthly Review* 59, no. 4 (April 2008): 1–19; John Bellamy Foster and Fred Magdoff, *The Great Financial Crisis: Causes and Consequences* (New York: Monthly Review Press, 2009).

¹¹³ Pierre Bourdieu, *Against the Tyranny of the Market* (London: Verso, 2003).

¹¹⁴ William Robinson, *A Theory of Global Capitalism: Production, Class, and State in a Transnational World* (Baltimore: John Hopkins University Press, 2004).







