

LA RELACIÓN ENTRE IMPERIO Y SALUD HA SIDO ESTRECHA A LO LARGO DE TODA LA HISTORIA. LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS BUSCÓ MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD EN LOS PAÍSES POBRES CON EL OBJETIVO DE PROTEGER EL COMERCIO Y EL INTERCAMBIO, FORTALECIENDO LAS POSICIONES ECONÓMICAS DE LOS PAÍSES RICOS, Y FACILITANDO LA EXTRACCIÓN DE MATERIAS PRIMAS Y LA APERTURA DE NUEVOS MERCADOS.

EL COMPONENTE HISTÓRICO DE LA SALUD EN EL IMPERIO



por **HOWARD WAITZKIN**. *Médico. Profesor de Medicina Clínica y Distinguido Profesor Emérito e Investigador Senior en el Centro de Políticas de Salud de la Fundación Robert Wood Johnson en la Universidad de Nuevo México.*



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 económico. 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.

Este texto forma parte del libro *Medicina y salud pública al final del imperio*, editado por la Universidad Nacional de Colombia

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 1901.

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”. 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 Antártida. 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 Rockefeller. 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 desarrollados.



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). 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”. 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 proveer.

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). 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 mundo. 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. Esta perspectiva en los tratados de comercio transformó la soberanía de los gobiernos para regular la salud pública y para brindar servicios de salud.

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.

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.

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 epidemia.

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 DC 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 epidemias. 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 Sudamérica, 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 expandió. 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 filiales. 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 cubierta 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

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– son temas recurrentes a medida que se recuentan 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.