

La resistencia al orden imperial y la construcción de un futuro alternativo en la medicina y la sanidad públicas

Rebeca Jasso-Aguilar y Howard Waitzkin

Aunque la salud pública y la medicina han tenido un notable papel en el desarrollo y el mantenimiento del sistema capitalista mundial, las circunstancias han cambiado tanto a lo largo del siglo XXI que ahora es posible vislumbrar un futuro sin la existencia de un orden imperial.¹ En todo el mundo, las múltiples luchas contra la lógica del capital y la privatización dan fe del desafío que la movilización popular representa. Además de esas luchas, en diversos países existen grupos que han pasado a crear modelos alternativos de salud pública y servicios sanitarios. Se trata de intentos que, sobre todo en Latinoamérica, han ido más allá de los patrones que el capitalismo y el imperialismo han propiciado históricamente. (Hemos decidido no ocuparnos aquí del caso cubano, que es

* Artículo publicado en *Monthly Review*, vol. 67, nº 3, julio-agosto de 2015, pp. 130-143. Traducción de Joan Quesada. Rebeca Jasso-Aguilar es profesora de Sociología en la Universidad de Nuevo México. Howard Waitzkin es profesor emérito de Sociología en la Universidad de Nuevo México y profesor adjunto de Medicina Interna en la Universidad de Illinois. El presente artículo es el resultado de una colaboración que ha dado lugar a una tesis doctoral (Jasso-Aguilar, *How Common Citizens Transform Politics: The Cases of Mexico and Bolivia* [Cómo los ciudadanos comunes transforman la política: los casos de México y Bolivia] [Departamento de Sociología, Universidad de Nuevo México, 2012]) y a un reciente libro (Waitzkin, *Medicine and Public Health in the End of the Empire* [Medicina y salud pública en el final del imperio] [Paradigm, 2011]).

excepcional en muchos aspectos y sobre el cual existe ya una gran cantidad de trabajos.)² Las luchas que describiremos a continuación se encuentran aún en proceso dialéctico de transformación y han experimentado cambios hacia condiciones más propicias o de mayores dificultades. Aun así, todos los casos tienen en común la resistencia a la lógica del capital y el objetivo compartido de crear sistemas de salud pública basados en la solidaridad en lugar de en la rentabilidad.

Los protagonistas de las luchas en Latinoamérica han recibido el impacto directo del imperialismo político y económico impuesto por los Estados Unidos a lo largo de casi dos siglos. Las políticas para fortalecer el dominio estadounidense en todo el continente americano dieron comienzo formalmente con la doctrina Monroe, en 1823. A partir de ahí, las élites económicas y políticas logaron imponer un entorno neocolonial en el que las corporaciones multinacionales afincadas en los Estados Unidos extraían materias primas y abrían nuevos mercados para todo el hemisferio occidental. Durante los siglos XIX y XX, las fuerzas militares estadounidenses protegieron el cada vez más extenso imperio del país con toda una serie de invasiones y otros tipos de intervenciones.

Los países latinoamericanos alcanzaron la independencia política en distintos momentos de los últimos 200 años, pero la independencia económica se les ha mostrado más esquiva. Entre las décadas de 1940 y 1970, los países del subcontinente intentaron establecer una doctrina económica propia y seguir su propia vía económica. Durante ese periodo, la región experimentó con políticas que favorecían la intervención del Estado para fomentar la industrialización. Entre otras cosas, dichas políticas permitieron el desarrollo y la expansión de servicios públicos como la educación y la sanidad. Aunque poco hicieron por reducir la pobreza y la desigualdad, sí que pusieron de relieve el papel del Estado en la política económica del país y la responsabilidad de este en la provisión de una red de seguridad social.

En la década de 1980 se produjo un cambio ideológico, y América Latina se convirtió en un laboratorio para la experimentación con el tipo de políticas económicas de rigor presupuestario que darían en denominarse neoliberalismo. El neoliberalismo pretende reafirmar la superioridad del mercado sobre el Estado; su objetivo es reducir drásticamente el papel del Estado en la economía y fomentar la austeridad, la disciplina fiscal, la desregulación, la privatización y el desmantelamiento del Estado de bienestar.³ Las políticas neoliberales se impusieron por primera vez en Chile durante el periodo de gobierno militar, y más tarde fueron gobiernos electos los que las introdujeron en otros países latinoamericanos, a partir del caso de Bolivia en 1985. Estas políticas se empaquetaron en el denominado Consenso de Washington y se llevaron a la práctica bajo la atenta mirada del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Entre 1980 y 2010, las políticas de privatización, desregulación y liberalización dieron lugar a una transferencia masiva de recursos del sector público al sector privado, a la eliminación sistemática de la red de protección y a la intensificación de las desigualdades sociales y económicas existentes.

Dada su larga historia de confrontación con el imperialismo, América Latina se convirtió en terreno especialmente fértil para la resistencia al neoliberalismo. En consecuencia, los países latinoamericanos convertidos en ruinas económicas debido a la diligente aplicación de las políticas neoliberales han sido los que han liderado la lucha de los últimos quince años. Los movimientos sociales de la región han expulsado a gobiernos, se han apropiado de fábricas, han echado a grandes corporaciones, han buscado la autonomía y la autodeterminación, han librado batallas electorales y han compartido demandas generalizadas de justicia social.⁴

En este artículo analizaremos una serie de luchas políticas en las que hemos participado durante la última década en calidad de investigadores y de activistas. Entre estas se cuentan la resistencia contra la priva-

tización de los servicios sanitarios en El Salvador y contra la privatización del agua en Bolivia. El artículo también trata de los esfuerzos por ampliar los servicios de salud públicos en México. Todos estos escenarios dan una imagen muy diferente a la de la tradicional relación histórica entre imperialismo y sanidad, una imagen que muestra una tolerancia cada vez menor entre los pueblos del mundo a las políticas sanitarias públicas del imperialismo y una exigencia cada vez mayor de sistemas de salud pública basados en la solidaridad. Todos estos ejemplos son también reflejo de un fenómeno más amplio: el éxito de las luchas populares a la hora de facilitar la participación de los ciudadanos de a pie en temas sociales que normalmente se discuten y deciden en los círculos de las élites políticas y económicas. En la práctica, este cambio se ha traducido en la exigencia de voz en las políticas gubernamentales sobre recursos naturales como el agua y el gas, así como en las relacionadas con la sanidad y la medicación. Tal y como dijo uno de los participantes en las luchas bolivianas, las personas se han apropiado el derecho a decidir en cuestiones relacionadas con el sector público.⁵

La lucha contra la privatización de la sanidad en El Salvador

Uno de los primeros estallidos de resistencia sostenida a las políticas imperiales en materia de sanidad y medicina fue el que se produjo a finales de la década de 1990 en El Salvador. Las luchas se centraron entonces en la oposición a las políticas de privatización emprendidas por el Banco Mundial en colaboración con el partido político de derechas que estaba en aquellos momentos en el poder. Los esfuerzos por resistirse a la privatización de los servicios sanitarios y el sistema de salud pública llevados a cabo en El Salvador se convirtieron en un modelo para los movimientos sociales del mismo tipo en todos los demás países de América Latina. El ejemplo de El Salvador ilustra también otros procesos similares que tendrían lugar en muchos otros países de todo el mundo a co-

mienzos del siglo XXI, cuando las políticas imperiales toparían cada vez con mayores resistencias.

De 1998 a 1999, el sector sanitario de El Salvador entró en un periodo de agitación política con el estallido de conflictos en torno a diversas cuestiones. En primer lugar, los trabajadores sindicados del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) se movilizaron en defensa de aumentos salariales después de que las autoridades del ISSS incumplieran un acuerdo previamente alcanzado. En segundo lugar, una revisión poco favorable del convenio colectivo tensó aún más la relación entre los trabajadores y la administración del ISSS. En tercer lugar, la administración empezó a contratar entidades privadas para prestar los servicios de comida, lavandería o limpieza en los hospitales del ISSS. Esta externalización fue la primera señal de privatización en el ISSS. En esa misma línea, dos grandes hospitales públicos que estaban siendo sometidos a trabajos de renovación estuvieron varios meses cerrados en espera de poder externalizar los servicios a entidades privadas en lugar de devolverlos a la gestión del ISSS.⁶

Todas esas actuaciones formaban parte de una estrategia de privatización de hospitales y clínicas públicas defendida por el Banco Mundial. Simultáneamente, el Gobierno intentaba ganarse las simpatías del público hacia la privatización de la sanidad alegando la corrupción y la ineficiencia del ISSS, pero evitando utilizar el término «privatización». A pesar de todo, eran varias las circunstancias que ponían en cuestión la credibilidad de los argumentos utilizados por el Gobierno. Por ejemplo, durante los trece años anteriores, a los responsables directos del funcionamiento del ISSS los había nombrado el partido en el poder, la Alianza Republicana Nacionalista (ARENA). Los nombramientos incluían tanto a los directores de los hospitales como a los cargos del ISSS. Muchos políticos de ARENA que defendían la privatización tenían intereses financieros en el proceso. Además, el presupuesto de salud no se gastaba nunca en su totalidad, con lo que se producía una escasez artificial de

medicamentos y unos retrasos artificiales en los servicios que, después, los defensores de la privatización utilizaban para argumentar a favor de la «modernización» y la «democratización» del sistema sanitario.⁷

Todas esas cuestiones dieron pie a huelgas parciales y temporales en San Salvador. Los trabajadores se movilizaban en los alrededores de los hospitales públicos. Los afiliados al Sindicato de Trabajadores del ISSS (el STISSS) iniciaron una huelga nacional, una huelga indefinida que fue creciendo en importancia. Las negociaciones entre los administradores del ISSS y los trabajadores del STISSS entraron en punto muerto. Esa situación de atasco se combinó con la creciente preocupación de los médicos por la privatización de la sanidad para sentar las bases de una alianza entre los trabajadores del STISSS y los médicos del recién creado Sindicato Médico de Trabajadores del ISSS (SIMETRISSS). La profesión médica, con escaso o nulo historial sindical, se sumó también a la huelga nacional. La alianza entre el STISSS y el SIMETRISSS produjo un documento titulado «Acuerdo Histórico por el Mejoramiento del Sistema Nacional de Salud», que, entre otros puntos, reivindicaba que se pusiera fin a la privatización del sistema sanitario.⁸

El compromiso del gobierno de no privatizar los servicios sanitarios puso fin temporalmente al conflicto. Sin embargo, en lugar de cumplir su compromiso, el Ministerio de Sanidad y las autoridades del ISSS prosiguieron con la externalización de los servicios a los hospitales, lo que generó continuos conflictos. Durante tres años, los trabajadores del STISSS y los médicos del SIMETRISSS organizaron huelgas y manifestaciones que poco a poco se fueron granjeando el respaldo de la sociedad civil en general. Entre las organizaciones que los apoyaban había sindicatos de profesores y de trabajadores fabriles, grupos estudiantiles, feministas y ecologistas, conductores de autobuses, comerciantes de mercados y cultivadores de café. La mayoría de ellos se sumó a la coalición paraguas Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Sanidad.⁹

Las huelgas tuvieron distintas duraciones, y los participantes tuvieron que tener mucho cuidado para no perder el apoyo de la población en general. Durante las huelgas, los médicos solían atender a los enfermos graves en las aceras, en una acción tan humanitaria como estratégica para ganarse el respaldo de la población. Otra acción bien calculada fue «la entrega de los hospitales a los administradores», para después abandonar las instalaciones, en un gesto simbólico que pretendía demostrar que era imposible gestionar los hospitales sin médicos. El Gobierno respondió con represión, y empleó gases lacrimógenos, balas de goma y cañones de agua contra los huelguistas; se despidió a los médicos y se los substituyó por nuevo personal.¹⁰

Una solidaridad y un nivel de organización sin precedentes condujeron a la aprobación del Decreto 1024, por el que el Estado garantizaba la sanidad pública y la seguridad social. El Decreto 1024 estipulaba que la sanidad continuaría siendo pública, evitaba toda externalización futura de servicios sanitarios e invalidaba todas las externalizaciones anteriores que el Gobierno había autorizado desde el inicio del conflicto. El presidente Francisco Flores amenazó con vetar la ley, pero la presión coordinada de los legisladores que la defendían en el Congreso y la acción colectiva de las masas en las calles lo obligaron a acatarla.¹¹

Aun así, la victoria fue breve. El partido de Flores, ARENA, formó una alianza en el Congreso que le granjeó los votos necesarios para revocar el Decreto 1024. El conflicto se prolongó durante seis meses más en los que se produjeron varias marchas y manifestaciones en San Salvador. Fueron manifestaciones masivas, en las que los participantes iban vestidos de blanco como símbolo de paz y en señal de solidaridad con los médicos y las enfermeras, ataviados con batas blancas. Las cifras de manifestantes fueron de entre 25.000 y 200.000, en una ciudad de unos 800.000 habitantes. Muchos médicos vendieron la casa, el coche y los electrodomésticos para obtener los medios financieros necesarios para continuar la lucha.¹²

El conflicto finalizó cuando el Banco Mundial dio marcha atrás en la cláusula de privatización incluida en un crédito destinado a la modernización del sistema público de salud. Los líderes sindicales alcanzaron un acuerdo con los representantes del Gobierno para poner fin a la privatización del sistema. Los miembros de STISSS y SIMETRISSS recuperaron los salarios y la antigüedad previos, aunque algunos de los médicos que habían sido reemplazados durante las huelgas hubieron de ser reubicados. El acuerdo creó también una Comisión de Seguimiento de la Reforma Sanitaria, de la que formaban parte profesionales médicos, cargos gubernamentales y representantes sindicales y de la sociedad civil.¹³

Los esfuerzos por mantener y expandir la sanidad pública han sido continuos, sobre todo después de la elección como presidente del izquierdista Mauricio Funes, representante del ala política del Frente Farabundo Martínez de Liberación Nacional (FMNL), cuya ala militar se había enfrentado a ARENA durante la larga guerra civil de El Salvador en las décadas de 1980 y 1990. La doctora María Isabel Rodríguez, conocida líder de la medicina social en Latinoamérica que vivió exiliada durante gran parte de la guerra civil, regresó al país para dirigir los servicios médicos y de salud pública como ministra de Sanidad. Funes incrementó notablemente las consultas del gobierno a la sociedad civil en materia de políticas económicas y sociales. En sanidad, esta nueva orientación se tradujo en un plan estratégico quinquenal, que se nutrió principalmente de las aportaciones de la Alianza Ciudadana contra la Privatización de la Sanidad. Así, la Alianza Ciudadana contribuyó con su experiencia a la formación de un movimiento independiente para la puesta en marcha de actuaciones proactivas a largo plazo. Se creó igualmente un Foro Nacional de Salud, en el que se invitó a miembros de la sociedad civil a diseñar y desarrollar políticas sanitarias, así como a reclamar al Gobierno el cumplimiento de los compromisos adquiridos. La Administración Funes incorporó voces que antes habían quedado marginadas, como las enfermeras, que han participado junto a otros grupos en la nueva Mesa Re-

donda Nacional del Trabajo. Además, Funes incluyó en su gabinete a un mayor número de mujeres, que han utilizado sus cargos para recalcar la importancia de la salud reproductiva.

Salvador Sánchez Cerén, antiguo líder guerrillero del FMLN que ganó las elecciones presidenciales en 2014, ha prometido consolidar los avances en materia sanitaria logrados durante la presidencia de Funes. El Ministerio de Sanidad ha emprendido nuevas iniciativas para fortalecer el sector sanitario público. Una coalición de profesionales médicos se ha puesto en marcha para prestar apoyo a todos esos nuevos esfuerzos desde una postura crítica constructiva e inspirada en las contribuciones a la medicina social de Salvador Allende en Chile. La coalición ha querido rendir homenaje a Allende con su denominación: Movimiento Doctor Salvador Allende de Profesionales de la Salud. Aunque su origen está en las anteriores luchas contra las políticas neoliberales en El Salvador, la dirección de la coalición la han asumido profesionales sanitarios más jóvenes. Fueron ellos quienes encabezaron la elección de San Salvador como sede del congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, celebrado en noviembre de 2014 y que atrajo a miles de trabajadores sanitarios progresistas para avanzar en la lucha contra las políticas neoliberales y en defensa de modelos alternativos que fortalezcan los servicios públicos.

La resistencia a la privatización del agua en Bolivia

Aunque el agua potable continúa siendo un objetivo fundamental de salud pública, la disminución de la disponibilidad de agua dulce ha hecho de esta un nuevo terreno a conquistar para las ganancias empresariales. Las grandes empresas que pretenden vender el agua como un producto de mercado más han intentado privatizar las fuentes públicas de agua. En este contexto, la resistencia a largo plazo contra la privatización del agua

en Bolivia muestra cómo una población previamente marginada es capaz de organizarse para hacerse con la victoria en la lucha contra las poderosas fuerzas empresariales que pretenden transformar en una mercancía un recurso de salud pública esencial.

Históricamente, el suministro de agua ha planteado siempre graves problemas en la provincia boliviana de Cochabamba. El clima y las condiciones medioambientales hacen de esta provincia una excelente zona agrícola. Los trabajadores agrarios (o «regantes») gestionaban unos menguantes recursos acuáticos con prácticas de riego enraizadas en tradiciones culturales conocidas como «usos y costumbres». La aceleración de la urbanización de la zona aumentó la demanda de agua potable y para usos domésticos, y unas nuevas políticas redujeron rápidamente las reservas de los acuíferos subterráneos y favorecieron el desarrollo urbano a expensas de la población rural.¹⁴

En 1997, el Banco Mundial promovió la privatización de la empresa pública de suministro de agua de Cochabamba, con los argumentos de eliminar los subsidios públicos, asegurar el capital necesario para el desarrollo en materia de agua y atraer a gestores expertos. A la manera habitual, el Banco Mundial presionó al Gobierno boliviano condicionando la condonación de 600 millones de dólares de deuda externa a la privatización del agua.¹⁵ La nueva legislación, Ley 2029, permitió que una empresa privada, Aguas del Tunari, se hiciera con el control del Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado (SEMAPA) de Cochabamba. El contrato concedía a Aguas del Tunari el control efectivo en régimen de monopolio de los servicios del agua durante cuarenta años. Los términos del contrato imposibilitaban también que los regantes utilizaran el agua de la forma tradicional y permitían que la compañía se adueñara de la totalidad de los recursos hídricos, incluidos los pozos vecinales y el agua de lluvia. Pocas semanas después de la firma del contrato, el recibo del agua se incrementó una media del 200%, en una acción que dio en denominarse el «tarifazo».

A todo ello siguió rápidamente la Guerra del Agua, una serie de acciones colectivas que tuvieron lugar a lo largo del año 2000. Se creó la Coalición para la Defensa del Agua y de la Vida (a menudo llamada simplemente la «Coordinadora») para coordinar las movilizaciones de agricultores, obreros fabriles, profesionales, asociaciones vecinales, maestros, jubilados, desempleados y estudiantes universitarios. Entre las acciones emprendidas se contaron bloqueos viarios, huelgas, manifestaciones masivas y asambleas públicas, así como un referéndum. Una intensa investigación paralela reveló, entre otras cosas, que Aguas del Tunari era un «consorcio fantasma» de empresas agrupadas bajo el control de Bechtel, una gran compañía estadounidense; prominentes políticos bolivianos tenían intereses económicos en el consorcio. Sacar a la luz pública toda esa información le procuró apoyos a la Coordinadora.

A lo largo de todos esos meses de contienda, distintos desarrollos fortalecieron la movilización popular destinada a paralizar la privatización del agua. Los ciudadanos de Cochabamba se negaron a pagar las facturas del agua y las quemaron en público en acciones de un gran simbolismo. En diversas ocasiones, la ciudad quedó paralizada por las manifestaciones, las barricadas y las huelgas, que perturbaron enormemente la actividad económica. El Gobierno respondió con la policía y con acciones militares, lo que llevó a los movilizadores a aumentar las reivindicaciones. En marzo se organizó un referéndum cuyo resultado fue un abrumador rechazo del contrato con Aguas del Tunari y que reveló una profunda preocupación por la privatización de los servicios y el suministro del agua. La respuesta del Gobierno fue desestimar el referéndum. Cuando las demandas de los movilizadores aumentaron y se intensificaron las movilizaciones de masas, el Gobierno incrementó las acciones represivas. Empezó una campaña de desinformación, decretó la ley marcial y autorizó el uso de fuego real en los choques con los manifestantes. Las movilizaciones se intensificaron aún más y se realizaron bloqueos por toda la ciudad, lo que paralizó la actividad. En el punto culminante del

conflicto, un joven de 17 años falleció y varios manifestantes resultaron heridos por los disparos. El funeral del joven concentró a decenas de miles de manifestantes airados. Ese mismo día, Aguas del Tunari anunció que rescindía el contrato y abandonaba Cochabamba.

El SEMAPA continuó siendo una empresa pública y, como consecuencia de las luchas, se realizaron diversos cambios en las políticas a seguir. La junta directiva promovió la implicación de la comunidad y su participación directa a través de la incorporación de representantes electos por la comunidad, que ejercían de responsables ante las organizaciones sociales y ante la población en general. Todos esos cambios representaban una reapropiación social del SEMAPA y su transformación en una compañía pública sometida al control social, entendido este como control de la comunidad. En los diez años transcurridos desde aquella contienda por el agua, los esfuerzos de la sociedad civil por ejercer el control de los recursos públicos han logrado resultados desiguales. Aun así, han supuesto un avance en la debilitación de la hegemonía de la ideología neoliberal y un desafío a la lógica de las políticas de privatización, además de abrir la puerta a nuevas formas de participación ciudadana en la vida política.

La lucha contra la privatización y por el fortalecimiento del suministro público de agua fue la primera de una oleada de movilizaciones y rebeliones que han truncado la trayectoria del neoliberalismo en Bolivia. La oposición a la mercantilización del agua y la reapropiación social del SEMAPA mostraban el deseo de la gente de nuevas formas de hacer política. Esa nueva forma de participación social ha marcado posteriormente toda la agitación social que ha sacudido Bolivia. En los últimos tiempos, los ciudadanos se han opuesto con éxito a una subida de impuestos, han desafiado las políticas de gestión del agua en El Alto (una gran población adyacente a La Paz, la capital de Bolivia), han depuesto al presidente neoliberal Gonzalo Sánchez de Lozada y, en lo que se dio en llamar la Guerra del Gas, han exigido participar en los procesos de deci-

sión concernientes a los recursos gasísticos de la nación. Esta cadena de acontecimientos ha hecho que parezca posible derrotar al neoliberalismo. La Guerra del Agua contribuyó sustancialmente a dicha posibilidad, al igual que la elección en 2005 del socialista Evo Morales, el primer presidente indígena de Bolivia, y su reelección en 2009 y 2014.

Durante la gestión de Morales, se han puesto en marcha novedosos procesos democráticos y de participación. A petición de la Coordinadora y de otros activistas en representación de diversos movimientos sociales, Morales se comprometió a incluir un nuevo cargo en su gabinete: el de ministro del Agua. La función de este era ocuparse de los acuciantes problemas que continuaban estando presentes tras las recientes luchas en torno al agua, así como promover la participación popular en el Gobierno. El Ministerio del Agua creó una comisión técnico-social formada por distintos movimientos sociales, organizaciones sociales y académicos expertos en temas de agua. Su función era debatir, consensuar y aprobar los proyectos, los planes y los programas del ministerio. Una vez más, la comisión era la responsable de ejercer el control social de las políticas relacionadas con el agua. El tipo de control comunitario que se había creado con la reapropiación social del SEMAPA evolucionaba así hasta dar lugar a una forma de codirección compartida entre el Gobierno y la sociedad civil. En su origen, la comisión tenía el derecho de discutir y votar cualquier proyecto, plan o programa que propusiera el ministro. Sin embargo, ya desde los inicios, su papel fue en la práctica más limitado y, poco a poco, fue quedando cada vez más constreñido con el argumento de que las decisiones de otros no podían anteponerse a las del propio ministro. Aunque la comisión acabó por desaparecer, representó uno de los varios ejercicios de participación comunitaria en el control del Gobierno de Bolivia y en la exigencia de responsabilidades a este.

El ascenso al poder de la medicina social en Ciudad de México

Las nuevas y audaces políticas sanitarias que han ido de la mano de la elección de un gobierno progresista en Ciudad de México ilustran lo que una visión alternativa de lo posible puede lograr en circunstancias de amplios cambios sociopolíticos. En las elecciones del año 2000, el Partido de la Revolución Democrática (PRD), de orientación izquierdista, obtuvo el control del gobierno de Ciudad de México, el equivalente al de un estado, mientras que el conservador Partido de Acción Nacional (PAN) vencía en las elecciones presidenciales. Así pues, durante la primera década del siglo XXI, asistíamos en la vida política mexicana al fortalecimiento de dos proyectos políticos y económicos bien diferentes: una postura antineoliberal en Ciudad de México, representada por Andrés Manuel López Obrador (llamado popularmente AMLO), y una postura neoliberal en el plano federal, encarnada por el presidente Vicente Fox. Ambos proyectos producirían resultados bien distintos.

Como gobernador, AMLO emprendió toda una variedad de reformas de la sanidad y los servicios a las personas. Para el cargo de secretaria de Salud, López Obrador eligió a Asa Cristina Laurell, una respetada líder de la medicina social en Latinoamérica.¹⁶ Laurell y sus colegas emprendieron una serie de ambiciosos programas de salud basados en los principios de la medicina social. Para comenzar, centraron la atención en los ancianos y en la población no asegurada, con el fin de garantizar el cumplimiento del derecho constitucional a la protección de la salud.

El artículo cuarto de la Constitución Política de México y el artículo trigésimo quinto de la legislación federal sobre salud otorgan dicho derecho, además de cobertura universal y asistencia sanitaria gratuita en instituciones públicas. Sin embargo, debido a que ninguno de ambos documentos especifica claramente cuál es el ente sobre el que recae la obligación de prestar los servicios sanitarios, en la práctica el derecho suele entenderse como una mera «declaración de buenas intenciones».

Aun así, a ambos documentos subyace el supuesto de que han de ser instituciones públicas las encargadas de la protección de la salud. Dicho supuesto ofrece la justificación legal para hacer que sea el Estado —supuesto guardián del interés público— el proveedor de los servicios vinculados a ese derecho.¹⁷ El gobierno de Ciudad de México recurrió a esa justificación legal para diseñar y poner en práctica unas políticas de servicios sanitarios y a las personas cuyo objetivo eran los grupos vulnerables y, con ello, para hacer «realidad el derecho a la protección de la salud». Los objetivos generales que guiaron el enfoque de las políticas sanitarias que adoptó el gobierno de Ciudad de México fueron:

Democratizar la sanidad; reducir la desigualdad en la enfermedad y en la muerte y eliminar los obstáculos de acceso de índole económica, social y cultural; fortalecer las instituciones públicas como única opción socialmente justa y económicamente sostenible y que proporciona un acceso igualitario y universal a la protección de la salud; alcanzar la cobertura universal; ampliar los servicios a la población que carece de seguro; lograr la igualdad en el acceso a los servicios existentes, y producir solidaridad mediante la financiación fiscal y la distribución de los costes de la enfermedad entre enfermos y sanos.¹⁸

Las políticas de salud del gobierno de Ciudad de México tenían su origen en una concepción de los derechos sociales. Los líderes de la administración estaban convencidos de que uno de los logros más importantes de la revolución mexicana había sido la creación de los derechos sociales, aquellos que el Estado debe garantizar.¹⁹

Dos de los principales programas emprendidos por el gobierno de la ciudad se destinaron a mejorar la salud pública y los servicios médicos. Primero, el Programa de Apoyo Alimentario y Medicinas Gratuitas para los Ancianos creaba una institución social que otorgaba a los ancianos un

nuevo derecho social. El programa se inició en febrero de 2001 y para octubre de 2002 ya era casi universal y cubría al 98% de los residentes en Ciudad de México con 70 o más años de edad. Los ciudadanos recibían una cantidad mensual equivalente al coste de la alimentación de una persona (el equivalente a 70 dólares) y asistencia sanitaria gratuita en las instalaciones sanitarias públicas.²⁰

Una segunda iniciativa, el Programa de Asistencia Sanitaria y Medicación Gratuitas, se centraba en los residentes no asegurados de Ciudad de México. Para diciembre de 2002, unas 350.000 familias, de las 875.000 elegibles para el programa, ya se habían inscrito. Más adelante, para finales de 2005, 854.000 familias participaban en el programa, lo que equivalía efectivamente a la cobertura universal de la población objetivo. El programa de asistencia sanitaria prestaba todos los servicios de salud personal y pública; los hospitales del gobierno de Ciudad de México ofrecían asistencia primaria y hospitalaria a individuos y familias.²¹

Los programas pudieron financiarse gracias al compromiso del gobierno de Ciudad de México con la reducción del derroche administrativo y la corrupción. El programa de austeridad iniciado el año 2000 redujo en un 15% la paga de los altos cargos administrativos y eliminó gastos superfluos. Las medidas de austeridad representaron un ahorro de 200 millones de dólares en 2001 y 300 millones en 2002. Simultáneamente, el gobierno adoptó medidas enérgicas contra la evasión fiscal y la corrupción financiera. Todo ese ahorro le permitió incrementar el presupuesto sanitario en un 67%, lo que representaba que el 12,5% del presupuesto de Ciudad de México se destinaba a salud pública y servicios sanitarios.²²

Iniciativas de orientación comunitaria como esta provocaron la admiración generalizada y contribuyeron a los éxitos electorales del PRD. Mientras que en el año 2000 la victoria del PRD en Ciudad de México había sido ajustada, para abril de 2003 AMLO había alcanzado una tasa

de aprobación de entre el 80% y el 85%, algo sin precedentes. El PRD arrasó en las elecciones a medio mandato de 2003 y se hizo con el control del legislativo de Ciudad de México. La administración austera y eficiente de AMLO, con tolerancia cero hacia la corrupción y un fuerte énfasis en los programas sociales destinados a la población más vulnerable, le granjeó el apoyo de la población de Ciudad de México en su apuesta por la presidencia nacional en 2006. También le granjeó la ira de las fuerzas partidarias del statu quo neoliberal, entre ellas las élites políticas y financieras de México, que controlaban los grandes medios de comunicación del país. Semanas después de las elecciones, la comisión electoral nacional otorgaba la presidencia al candidato del PAN, Felipe Calderón, a pesar de las amplias movilizaciones sociales que cuestionaban el proceso electoral debido a las pruebas generalizadas de fraude.²³

El movimiento lopezobradorista surgido para desafiar los resultados de las elecciones continuó en pie pese a la imposibilidad de revertir dichos resultados. Este llevó a la formación del «Gobierno Legítimo de México», un gobierno paralelo, no oficial, en el que AMLO ejercía de presidente y que contaba con un gabinete formado por intelectuales, científicos sociales y políticos de ideología izquierdista y antineoliberal. Cristina Laurell, nuevamente, ejercía de ministra de Sanidad. Ese gobierno paralelo mantuvo viva la visión de la medicina social como una política alternativa viable. Según Laurell, el Gobierno Legítimo «no era un gobierno a la sombra, entendido como reacción a las actuaciones oficiales del otro Gobierno»; era «mucho más proactivo», y tenía la capacidad de «elaborar y debatir propuestas originales partiendo de una idea distinta de cómo queremos que sea nuestra nación».²⁴

Por otra parte, el Seguro Popular, un programa federal de cobertura sanitaria propuesto y parcialmente implementado por la Administración de Vicente Fox entre 2003 y 2006, se extendió con la Administración de Calderón entre 2006 y 2012. Este programa de seguro incluía un paquete de servicios de cobertura limitada, con copago por parte de las

familias y la gradual afiliación de la población no asegurada. Los límites en la cobertura impedían la prestación de una asistencia global. El copago representaba el 6% de la renta familiar, una verdadera carga económica para las familias pobres. Los servicios no incluidos había que adquirirlos mediante seguros privados. Esto último suponía un nuevo avance hacia la privatización de la sanidad, lo que era coherente con las agendas neoliberales de Fox y Calderón.

Los distintos modos de enfocar la sanidad pública y los servicios públicos de salud de, por un lado, Fox y Calderón, y por otro, AMLO ilustran dos visiones discrepantes del desarrollo. En 2006, las elecciones presidenciales mexicanas fueron tan reñidas porque se trataba de un referéndum sobre esos distintos proyectos con el potencial de producir países bien diferentes. Como señala Laurell:

En 2006, lo que estaba en juego no era solo la elección de un candidato; el futuro de un país estaba en juego... Perdimos la oportunidad de reedificar nuestro país y de hacerlo menos desigual, de construir una nación para todos, en la que se garantizaran y se construyeran los derechos sociales; eso es lo que perdimos con el fraude electoral... Lo que estamos intentando hacer con el Gobierno Legítimo y con la movilización de los ciudadanos es mantener viva la esperanza.²⁵

El movimiento lopezobradorista se transformó en un movimiento social contra el neoliberalismo y a favor de la transformación social, política y económica del país. En 2008, hizo descarrilar los intentos de Calderón de privatizar la energía, y en 2009 obtuvo varios escaños en el Congreso, donde representaban la única oposición al proyecto neoliberal. Pusieron en cuestión los presupuestos y las reformas, defendieron las posturas del movimiento y presentaron contrapropuestas.

Mientras que el movimiento continuó organizándose y promoviendo un proyecto nacional alternativo, AMLO se presentó de nuevo a las elecciones presidenciales en 2012. Las elecciones de 2012 fueron una repetición de la lucha entre dos proyectos bien distintos. Uno de ellos intentaba preservar la hegemonía neoliberal, y estaba encarnado por el candidato del Partido Revolucionario Institucional (PRI), Enrique Peña Nieto, con el apoyo del PAN, la clase empresarial y la jerarquía eclesiástica. El otro era un proyecto contrahegemónico apoyado por el movimiento lopezobradorista, del PRD y de pequeños partidos progresistas, y suponía un desafío al statu quo. La corrupción y el fraude volvieron a estar ampliamente presentes en estas elecciones, con prácticas como la compra con dinero y tarjetas regalo del voto de la gente a favor del candidato del PRI.

Las reformas neoliberales y la represión de los movimientos sociales se han convertido en marca del Gobierno de Peña Nieto. Su gestión se inició con una reforma laboral que erosionó aún más los derechos y la seguridad de los trabajadores, y durante 2013 realizó reformas de carácter regresivo en educación, energía y políticas fiscales. Aun así, el movimiento contrahegemónico sigue estando vivo en México, y sus líderes (incluidos AMLO, Laurell y muchos más) y sus votantes continúan con la lucha en el área de la salud y en otras arenas, como, por ejemplo, con los intentos más recientes y, hasta la fecha, exitosos de crear un nuevo partido político de izquierdas. El proceso dialéctico continuará desplegándose en México en los años venideros.

El activismo sociomédico por un nuevo orden

Las luchas que acabamos de describir confirman ciertos principios centrales de la sanidad pública: el derecho a la asistencia sanitaria; el derecho al agua y a otros elementos de un medio seguro, y la reducción de las

circunstancias causantes de enfermedades como son la desigualdad y los determinantes sociales relacionados de la falta de salud y el fallecimiento prematuro. El acceso a precio razonable a la asistencia sanitaria y al agua potable proveídos por el Estado, por ejemplo, se ha convertido en una cuestión central para activistas de todo el mundo. Sus luchas refuerzan el principio del derecho a organizarse de las personas llanas y a que las voces de las comunidades se escuchen y se tengan en cuenta en las decisiones sobre las políticas que deben adoptarse. Los movimientos que pretenden implantar alternativas al neoliberalismo y a la privatización fomentan la participación de poblaciones diversas, resaltan la solidaridad y rechazan las formas tradicionales de política.

El reto está en desarrollar estrategias para que los movimientos puedan extender esos espacios «contrahegemónicos» para promover un cambio social más amplio. El objetivo de los movimientos sociales que acabamos de describir aquí no es simplemente alzarse con la victoria, sino también fomentar el debate público y elevar el nivel de conciencia política. Esta nueva conciencia rechaza la lógica del capital y promueve una visión de la medicina y la salud pública construida sobre los principios de la justicia, y no sobre la mercantilización y la rentabilidad. Ninguna otra vía podrá satisfacer nuestras aspiraciones más fundamentales a la sanación.

Notas

1. Howard Waitzkin y Rebeca Jasso-Aguilar, «Imperialism's Health Component», *Monthly Review*, vol. 67, n° 3, julio-agosto de 2015, pp. 114-129.
2. Howard Waitzkin, *Medicine and Public Health in the End of the Empire*, Paradigm Publishers, Boulder (Colorado), 2011, cap. 4.
3. Susanne Soederberg, «From Neoliberalism to Social Liberalism: Situating the National Solidarity Program within Mexico's Passive Revolution», *Latin American Perspectives*, n° 28, 2001, pp. 104-123; Héctor Guillén Romo, *La contrarrevolución neoliberal en México*, Ediciones Era,

- México, DF, 1997, p. 13.
4. La obra de Samir Amin es una de las influencias presentes en nuestros propios escritos. Véase, por ejemplo, «Popular Movements Toward Socialism», *Monthly Review*, vol. 66, n° 2, junio de 2014, pp. 1-32.
 5. Las observaciones incluidas en los apartados sobre El Salvador, Bolivia y México proceden del trabajo de campo participativo de Rebeca Jasso-Aguilar, y de las fuentes que se irán citando a continuación.
 6. STISS (Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social), documento interno sobre la cronología del movimiento, STISS, San Salvador, 2002, en posesión de los autores; Leslie Schuld, «El Salvador: Who Will Have the Hospitals?», *NACLA Report on the Americas*, n° 36, 2003, pp. 42-45.
 7. Leslie Schuld, «El Salvador».
 8. SIMETRISS, «Acuerdo Histórico por el Mejoramiento del Sistema Nacional de Salud», documento de trabajo, SIMETRISS, San Salvador, 2002.
 9. Lisa Kowalchuck, «Mobilizing Resistance to Privatization: Communication Strategies of Salvadorean Health-Care Activists», *Social Movement Studies*, n° 10, 2011, pp. 151-173.
 10. STISS, documento interno.
 11. SIMETRISS, «Acuerdo Histórico por el Mejoramiento del Sistema Nacional de Salud».
 12. SIMETRISS, «Acuerdo Histórico por el Mejoramiento del Sistema Nacional de Salud».
 13. Leslie Schuld, «Anti-privatization Victory», *NACLA Report of the Americas*, n° 37, 2003, p. 1; Kowalchuck, «Mobilizing Resistance to Privatization».
 14. Alberto García Orellana, Fernando García Yapur y Luz Quiton Eras, *La guerra del agua, abril de 2000: La crisis de la política en Bolivia*, Fundación PIEB, La Paz, 2003; William Assies, «David versus Goliath en Cochabamba: Los derechos del agua, el neoliberalismo y la renovación de la protesta social en Bolivia», *Tinkazos*, n° 4, 2001: pp. 106-131.
 15. Jim Shultz, «La guerra del agua y sus secuelas», en Jim Shultz y Melissa Crane Draper (eds.), *Desafiando la globalización: Historias de la Experiencia boliviana*, Plural Editores, La Paz, 2008, pp. 17-51.
 16. Howard Waitzkin, Celia Iriart, Alfredo Estrada y Silvia Lamadrid, «Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups», *Lancet*, n° 348, 2001, pp. 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*, n° 91, 2001, pp. 1.592-1.601.
 17. Asa Cristina Laurell, «Interview with Dr. Asa Cristina Laurell», *Social Medicine*, n° 2, 2007, pp. 46-55; Asa Cristina Laurell, «Health Reform in Mexico City, 2000-2006», *Social Medicine*, n° 3, 2008, pp. 145-157.
 18. 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*, n° 93, 2003, pp. 2.028-2.031.
 19. Laurell, «What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs?».
 20. Laurell, «What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs?».
 21. Laurell, «Health Reform in Mexico, 2000-2006».
 22. Laurell, «Health Reform in Mexico, 2000-2006».

UN FUTURO ALTERNATIVO EN MEDICINA Y SALUD PÚBLICA

23. Héctor Díaz Polanco, *La cocina del diablo. El fraude de 2006 y los intelectuales*, Editorial Planeta Mexicana, México, DF, 2012.
24. Laurell, «Interview with Dr. Asa Cristina Laurell».
25. Laurell, «Interview with Dr. Asa Cristina Laurell».