

Universidad York, Canadá

LOS DESAFÍOS INCONCLUSOS DE LA SALUD Y LAS REFLEXIONES PARA EL FUTURO EN UN MUNDO GLOBALIZADO*

Jaime Llambías Wolff¹

RESUMEN: Hace algunas décadas se tenía la certeza que al año 2000, la medicina y la ciencia iban a erradicar las enfermedades infecciosas. La realidad ha sido otra: la emergencia y la reemergencia de enfermedades infecciosas, demuestran lo contrario. Los microorganismos se han globalizado y modernizado y adaptado, como consecuencia de la intervención humana sobre el medio ambiente y la utilización indiscriminada de antibióticos. También se tenía además la certeza que la extensión de salud pública y de los servicios curativos era la respuesta a las necesidades de salud de la población. Sin embargo, la crisis fiscal del estado benefactor hacen cada vez más difícil, la capacidad de respuesta del sistema público a los requerimientos en atención de salud. Por otro lado los costos exorbitantes de la medicina moderna no logran resolver el 90 % de los problemas de salud y el modelo privado ha llevado a una fuerte privatización y a una concepción cada vez más mercantil de los servicios de salud. Las bases ideológicas y político-económicas de este modelo son el retiro parcial del Estado, la formación de un mercado para el sector privado y el crecimiento de las estructuras para la autonomía y rentabilidad del sector privado en el área de la salud. La globalización de la salud se encuentra frente a un doble y recurrente debate y dilema: el primero es de naturaleza económica y de gestión, con relación a la organización de los servicios médicos y de salud; el segundo es de orden epistemológico, conceptual y de principios que orientan las políticas de salud. La salud no puede mantenerse invulnerable frente a los cambios y debe adaptarse, con originalidad a la nueva realidad global. Globalizar la salud en torno a políticas alternativas al modelo dominante requiere ir más allá de un revisionismo del estado benefactor o a una reingeniería de los servicios curativos y preventivos, para democratizarlos y garantizar equidad. Los desafíos se encuentran mas bien en la capacidad de promover cambios paradigmáticos que logren implementar políticas en torno a una reconceptualización de la salud, como parte integrante del desarrollo económico y social, transformándola en un indicador valórico y ético de la modernidad.

DeCS: ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, SISTEMA DE SALUD; SALUD MUNDIAL.

INTRODUCCIÓN

Cuando el gobierno británico consultó al doctor Snow, de cómo solucionar los problemas epidémicos que se estaban produciendo en las poblaciones cercanas al río Támesis, en Londres, la respuesta del padre de la epidemiología fue categórica: la salubridad, la higiene y las condiciones de

vida son responsables de estos males. La salud es un problema social y las acciones deben ser sociales. Cuando el gobierno alemán de Bismarck, le consultó al doctor *Virchow* acerca de cómo establecer un plan para mejorar la salud de la población de Alemania, el padre de la patología celular fue categórico: la salud, no es un problema médico, la salud es la otra cara de un problema de naturaleza política. Esto fue

* XII Congreso/Conferencia de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (International Association of Health Policies) y XIV Jornadas de debate sobre globalizar la salud en un mundo global. Palma de Mallorca, España, del 21 al 24 de mayo 2002.

¹ Profesor del Programa Salud y Sociedad, Universidad York, Canadá.

en el siglo XIX. Luego en las primeras décadas del siglo XX, el doctor McKeown, demostró empíricamente que la reducción de las enfermedades infecciosas, salvo algunas excepciones, era el resultado de medidas sociales y sanitarias y no de la consecuencia de la intervención biomédica.

Hace algunas décadas se tenía la certeza de que a fines del siglo XX, la medicina y la ciencia iban a erradicar las enfermedades infecciosas, que los antibióticos terminarían por ganarles la guerra a las bacterias invasoras y que las vacunas iban a controlar las enfermedades virales. Sin embargo, la realidad ha sido otra: la emergencia y la reemergencia de enfermedades infecciosas, demuestran que estamos lejos de ganarles la guerra a los microorganismos.

También se pensó que el desarrollo económico y social, junto al avance y la extensión de los servicios médicos iba a permitir un enorme salto adelante en la salud de la población, especialmente en los países económicamente desarrollados. Hoy, en el nuevo milenio, problemas de calidad de vida, de enfermedades de la civilización y el enorme impacto de las enfermedades crónicas, siguen teniendo una enorme repercusión sobre la salud de las poblaciones. Junto a ello, un hecho paradójico: los costos exorbitantes de la medicina moderna, la extraordinaria especialización, el avance de la tecnología y la invasión farmacéutica, no logran resolver el 90 % de los problemas de salud. Un arsenal de guerra contra las enfermedades y las causas de la morbilidad y de la mortalidad y una cascada de gastos para absorber los costos de la atención médica, no logran contener, lo que otrora se creyó científicamente posible y económicamente factible.

Los defensores del modelo privado aseguraban que la atención privada, constituía la respuesta a las dificultades del sector público, incapaz desde el punto de vista financiero para absorber los costos y deficiencias en la gestión y administración de los servicios. No obstante, la liberalización de una economía global de mercado ha llevado a una fuerte privatización y a una concepción cada vez más mercantil de los servicios de salud. El retiro parcial del Estado, la formación de un mercado para el sector privado y el crecimiento de las estructuras para la autonomía y rentabilidad del sector privado en el área de la salud, están haciendo de la atención médica un lucrativo negocio, muy lejos de los principios originales y a una distancia sideral de los conceptos elementales del quehacer en salud.

Se tenía además la certeza que la extensión de la salud pública y el derecho de todos a una atención médica y a servicios de salud -a diferencia de una atención privada, que beneficiaba a unos pocos- era la respuesta a las necesidades de salud de la población. Hoy, sin embargo, la crisis fiscal del Estado, el retiro cada vez más pronunciado del estado benefactor y los costos exorbitantes de la atención, hacen cada vez más difícil, la capacidad de respuesta del sistema público a los requerimientos en atención de salud.

Es por ello que la salud no puede mantenerse invulnerable frente a los cambios y debe adaptarse, con originalidad a la nueva realidad global. La globalización de la salud se encuentra frente a un doble y recurrente debate y dilema: el primero es de naturaleza económica y de gestión, en relación con la organización de los servicios médicos y de salud; el segundo es de orden epistemológico, conceptual y de principios que orientan las políticas de salud. Ambos debates se entrecruzan y se enfrentan además a las transiciones epidemiológicas y demográficas, a la crisis fiscal del Estado y a la desregulada economía global de mercado.

Globalizar la salud en torno a políticas alternativas al modelo dominante requiere ir más allá que un revisionismo del Estado Benefactor o de una reingeniería de los servicios curativos y preventivos, para democratizarlos y garantizar equidad. Los desafíos se encuentran más bien en la capacidad de promover cambios paradigmáticos que logren implementar políticas en torno a una reconceptualización de la salud, como parte integrante del desarrollo económico y social y transformarla en un indicador valórico y ético de la modernidad.

LOS DESAFÍOS DE LAS NUEVAS EPIDEMIAS Y LA GLOBALIZACIÓN

LOS NUEVOS MIASMAS

Mucho antes de que se descubrieran los antibióticos y las vacunas, los epidemiólogos de la época ya sospechaban que el contagio epidémico se debía a algunos «bichos» invisibles (miasmas) que flotaban en el aire. El método para liquidar a estos potenciales invasores del cuerpo humano era muy simple: desde los balcones y las ventanas de las casas, en las ciudades de Europa, los habitantes lanzaban baldes de agua hirviendo al aire, en la esperanza de quemar vivos a tanta especie de estos «ovnis» microscópicos. Por cierto, ni en esos años, ni menos ahora, los microbios venían de otro planeta, ni eran el resultado de fenómenos ajenos a la intervención humana.

La ciencia estima que existen aproximadamente unos 5 mil virus conocidos y entre 300 mil y un millón de bacterias. De éstos, sólo una ínfima proporción, alrededor del 4 % ha sido analizada. Por otro lado, se calcula que sólo en el intestino humano hay más microorganismos por centímetro cuadrado que seres humanos habitan el planeta. La tarea para la ciencia médica, la biología y la química ha sido titánica en el largo camino para erradicar las enfermedades infecciosas. Sabemos también, ya desde hace muchísimo tiempo, que la mejoría en las condiciones de vida y la salubridad son la mejor prevención a la propagación de cuadros de origen viral y bacteriano. Se ha logrado hacer desaparecer gran parte de estas enfermedades y los países industrializados consideraban que las plagas de ayer estaban ya erradicadas o que era posible controlarlas o prevenirlas

con el uso de antibióticos, drogas antivirales, pesticidas y muchas otras «armas» desarrolladas por la ciencia moderna.

A mediados de la década del 60 se consideraba incluso que en los países industrializados, las enfermedades infecciosas ya no constituían una amenaza a la salud pública y que los esfuerzos debían dirigirse hacia las afecciones crónicas. Estas enfermedades de la civilización constituían así la prioridad para la medicina moderna, en comparación con aquellas de carácter contagioso y ligadas a la pobreza y al subdesarrollo.

Sin embargo, al realizar un «salto histórico», vemos con alarma, pero no con menor humildad, que la batalla contra los microbios, la están ganando estos últimos. Hace 3 décadas la comunidad científica había asegurado que ya todo estaba controlado y que la intervención científica había encontrado las respuestas y soluciones, principalmente a través de los antibióticos y las vacunas. Las cosas sin embargo han ido cambiando y cada día aumenta la preocupación por la reaparición de cuadros infecciosos ya conocidos y la emergencia de nuevas enfermedades. La aparición de nuevas epidemias y la reaparición de otras, que pensábamos erradicadas, hizo sonar las campanas de los nuevos problemas y desafíos de la ciencia médica y de la microbiología, para preocuparse por las llamadas «enfermedades emergentes y reemergentes».

LA GLOBALIZACIÓN Y LAS NUEVAS EPIDEMIAS

La globalización constituye la característica más importante de finales del siglo XX y de este nuevo milenio. En principio, el concepto de globalización se asocia al mundo económico y en particular a la transnacionalización de la producción, a la mundialización del mercado y a la movilidad de un capital nómada que no reconoce fronteras. Hoy vemos cómo el fenómeno de la globalización se extiende además a otros campos y tiene diversas repercusiones, tales como el impacto de una creciente homogeneización cultural, las enormes consecuencias del extraordinario desarrollo de las comunicaciones, los cambios en las políticas sociales, la intervención global medioambiente y por cierto el impacto global sobre la salud.

El origen de nuevas o reemergentes enfermedades infecciosas es una de estas expresiones. Se conocen como enfermedades infecciosas emergentes las nuevas infecciones que han aparecido o aquellas infecciones que habiendo ya existido están aumentando, ya sea en su incidencia o en su focalización geográfica. Los casos más conocidos en Sudamérica y en África del Sur son el virus HIV-SIDA, el síndrome pulmonar del hantavirus, la enfermedad de Lyme, el síndrome urémico hemolítico, la hepatitis B y C y el cólera.

Hace tan sólo una década se consideraba, por ejemplo, que el cólera era una enfermedad que se había erradicado

efectivamente en gran parte del mundo. Se creía que si se entendían las condiciones que provocaban la enfermedad y si se reconocían rápidamente los síntomas se podrían administrar tratamientos efectivos. Sin embargo, en los 90, el cólera reapareció en forma devastadora. Por otro lado, la malaria, también ha desarrollado nuevas formas que afectan a las personas de ciertas regiones que antes tuvieron éxito en la aplicación de programas de prevención. Hoy, sin embargo, han emergido varios tipos de malaria resistentes a las drogas y cuyo contagio, a través de los mosquitos, no ha podido ser controlado con éxito mediante las medidas diseñadas por la salud pública. También la tifoidea y la tuberculosis han reaparecido en formas que son resistentes a las drogas, en un momento en que los gastos en salud pública en el mundo han sido reducidos por los ajustes estructurales. El pronóstico global para el futuro no es alentador si los asuntos de salud se discuten en términos de aflicciones «tradicionales».

Algunos de los casos más interesantes son la aparición de «misteriosos» virus que se manifiestan en síntomas nunca antes vistos. Se detectaron hace algunas décadas, por ejemplo en 1967 en Alemania y en Kiwit (Zaire) en 1995, con el famoso caso del Ébola, un virus fatal, sin remedio, que sobrevive fuera del cuerpo humano y que causa la muerte en menos de 10 días. En esta cadena de muertes se especulaba que el virus podía venir de la selva tropical y que sólo había aparecido algunas veces en la historia. Anteriormente, en 1989, otro caso curioso contagió a cientos de monos en cautiverio en la ciudad de Virginia en los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.). En este caso particular, se pensó que el sistema de ventilación estaba directamente ligado a la propagación del virus.

Las conocidas epidemias de influenza pueden, por ejemplo, bajo condiciones favorables, atravesar continentes enteros en sólo algunos días o semanas. El proceso de reaparición de estas enfermedades contagiosas se desarrolla generalmente en 2 etapas: 1. La introducción del agente infeccioso que proviene de otra especie o que constituye una variación de una infección humana ya existente en un nuevo ambiente o receptor y 2. La «adopción» del agente por la nueva población. La infección emerge cuando se radica en una nueva población y luego se propaga a otros lugares. Algunos casos recientes de estas enfermedades, como sus posibles explicaciones, nos señalan la gravedad del problema y la gran importancia de los factores sociales y del medioambiente en la medida que contribuyen a la emergencia de estas infecciones.

Entre los agentes virales detectados encontramos las fiebres hemorrágicas en Argentina y en Bolivia (cambios en la agricultura), el dengue (migraciones y urbanización), el Ébola (posiblemente proveniente de los monos), la hepatitis B y C (transfusiones, contacto sexual y transmisión por roedores), el HIV (transfusiones y contacto sexual), la fiebre Lassa (urbanización y roedores) y la fiebre amarilla (mosquitos).

En el ámbito bacteriano, podemos destacar la fiebre purpúrica brasileña (de origen desconocido), el cólera en Sudamérica (probablemente proveniente del Asia y producido por la falta de cloro en el agua potable), el *Escherichia coli* (producción de alimentos envasados y carne contaminada), la *Legionella pneumophila* (contaminación de cañerías), la bacteria *Streptococo* grupo A (de origen desconocido), el *Staphylococcus aureus* (tampones ultrabsorbentes). Finalmente, en el ámbito de parásitos que están afectando nuevas regiones, se ha detectado el *Cryptosporidium* (agua), la malaria (migraciones) y el *Schistosomiasis* (construcción de diques).¹

Los cambios ecológicos globales, los movimientos migratorios, el mal uso de antibióticos, etc., no sólo están aumentando los factores de prevalencia, sino además la resistencia de virus y bacterias y, lo que es aún más dramático, alterando su patrón genético.

TRANSFORMACIONES ECOLÓGICAS Y ENFERMEDADES ANTROPOGÉNICAS

El extraordinario crecimiento y desarrollo de la agroindustria durante todo el siglo XX ha impactado en la salud de las poblaciones, como resultado de las transformaciones y consecuencias ecológicas que ello ha generado. Ilustraciones de este fenómeno son por ejemplo los cambios en los cultivos. Este fenómeno se detecta en los arrozales asiáticos, que han facilitado la transmisión de infecciones de los roedores a los seres humanos; en los pastizales de Argentina, transformados para el cultivo de maíz, que propagó las fiebres hemorrágicas, ligadas al virus Junin. Incluso se piensa que la pandémica influenza, tiene los mismos orígenes, pero con una complicación adicional: segmentos de este virus, detectado en China en los patos y luego contraído por los cerdos, se han transformado y luego infectado a los seres humanos.

Por otro lado, la deforestación, como resultado de la destrucción de bosques y selvas para responder a los hábitos en la producción y consumo de carnes o de café, de los países industrializados, conlleva un desequilibrio ecológico de magnitud en la fauna, la flora y en el hábitat de microbios. Sabemos también de las consecuencias del recalentamiento global del planeta, que tiene incidencia en la ecología de los microbios y de los animales que estos invaden. Los sistemas de irrigación, diques, lagunas de contención de agua y pozos son también lugares de vasta propagación de mosquitos. A estos factores propiamente ecológicos, se agregan además los movimientos migratorios, que se han desarrollado en forma extraordinaria. Está claro entonces que al ser los seres humanos los principales agentes de transformaciones ecológicas, muchos de estos factores causantes de enfermedades no son sólo naturales, sino antropogénicos.

LOS MICROORGANISMOS MIGRATORIOS Y SU ADAPTACIÓN A LOS CAMBIOS DEL MEDIO AMBIENTE

La mayoría de las nuevas y reemergentes infecciones causadas por agentes patógenos ya existentes en el medioambiente están saliendo de la oscuridad y sufriendo mutaciones para infectar a otras poblaciones e, incluso, para causar nuevas enfermedades. La capacidad de adaptación de las bacterias y de los virus es extremadamente grande, pudiendo pasar por cambios generacionales en muy corto tiempo y desarrollando una enorme capacidad de resistencia.

Los casos de cólera en América del Sur, no sólo han demostrado la capacidad de movilidad de la bacteria, sino que además su potencial de adaptación, que le ha permitido diseminarse y desarrollar una resistencia antibiótica.²⁻⁴ Por otro lado, el endémico fenómeno del SIDA, no deja de ser interesante, pues se cree que su precursor fue el virus HIV-2 que se detectó en los monos y que habría contagiado a seres humanos.⁵ Las migraciones y las mismas transformaciones del virus han tomado las proporciones que hoy conocemos. La hipótesis de que el virus HIV sufra nuevas mutaciones para transmitirse por vía oral, infectar los pulmones y luego propagar el contagio como consecuencia de un simple resfrío, aparece como fatalista, pero sigue siendo una hipótesis no refutada.

El tráfico microbiano, acelerado con el contacto humano y el contacto animal, es el principal responsable de las nuevas epidemias, como el caso de las «vacas locas» en Gran Bretaña. La intervención humana sobre la naturaleza, los cambios climáticos, las migraciones, la urbanización y la aplicación de nuevas tecnologías sobre el desarrollo agrícola y económico, son por lo tanto, factores causales de estos nuevos y emergentes fenómenos ligados a la globalización del proceso salud-enfermedad.

Por otro lado el crecimiento urbano y la concentración demográfica en las ciudades han sido fenomenales. Se calcula que para el primer cuarto de este siglo, el 65 % de la población del planeta vivirá en ciudades. En EE.UU., por ejemplo, la densidad de la población ha aumentado en más de 1 500 % en los últimos 200 años, pasando de 2,8 personas por km² a fines del siglo XVIII a 44 personas por km² a fines del siglo XX. Las posibilidades de contagio se multiplican así rápidamente por este factor de aglomeración y por el desarrollo de las comunicaciones interciudades y entre la ciudad y el campo.

La fiebre hemorrágica del dengue, en el sudeste de Asia durante la Segunda Guerra Mundial, estuvo por ejemplo directamente ligada a una rápida y masiva migración humana hacia las ciudades y a la propagación de mosquitos y otros vectores. También, en la década del 70, el Caribe vivió epidemias similares en 5 países y sólo en Cuba se detectaron más de 340 mil casos.⁶ Más recientemente, Venezuela registró la mayor epidemia de dengue de su historia, pasando de 2 500 casos en 1989 a 5 000 en 1995 (World Wide Web, 1996). Si a esto, le agregamos las condiciones sanitarias, los

bolsones de miseria, la promiscuidad, las deficiencias infraestructurales, la basura, etc. las posibilidades de transmisión de enfermedades contagiosas se multiplican.

El rápido desarrollo de las comunicaciones terrestres, aéreas y marítimas ha sido identificado como un factor facilitador de la «importación» de virus y bacterias. El mosquito asiático ha sido introducido en los EE.UU., en Brasil y en partes de África en cargamentos de barcos. La malaria ha penetrado regiones no endémicas, e incluso, se han detectado casos de la llamada «malaria de aeropuertos».¹ En los últimos 40 años, el número de viajeros internacionales ha aumentado en 1 400 %, lo que ha llevado a incrementar progresivamente las posibilidades de contagio. De la misma forma como la globalización va transnacionalizando a las sociedades, esta eliminación de fronteras va también transformando a los «microbios extranjeros» en microbios universales.

LOS MICROBIOS TAMBIÉN SE MODERNIZAN

La transnacionalización de la industria y el rápido desarrollo de la tecnología contribuyen a una peculiar «modernización» del proceso salud-enfermedad. Recordemos, por ejemplo, el caso de los mosquitos *Albopictus tiger* que «importados» desde Asia a Texas en partidas de neumáticos usados, demostró cómo estas especies lograron dominar a mosquitos inofensivos, para propagarse luego en al menos 17 estados de los EE.UU. Otra ilustración de los tiempos modernos es la gran dependencia del aire acondicionado y la recirculación de aire en los edificios de oficinas y casas. La falta de aire fresco y su filtraje inadecuado facilitan así la circulación de microorganismos y la propagación de enfermedades contagiosas. El caso más conocido, fue el de la enfermedad de los legionarios, que contaminó rápidamente a los participantes en una convención en los EE.UU. Es por estas razones, que hoy en día, muchos edificios inteligentes están optando por la «moderna tecnología» de permitir abrir las ventanas.

La producción de alimentos y las tecnologías para aumentar la productividad provocan altos riesgos de contaminación por accidentes. Agentes patógenos de materias primas terminan localizándose en alimentos comestibles y que se consumen en cualquier rincón de la tierra. Hace sólo algunos años, en 1993, se detectó, por ejemplo, el caso de la bacteria patógena *Escherichia coli* O157: H7, que contaminó la carne de las hamburguesas servidas en cadenas de restaurantes, y produjo repetidos casos de colitis hemorrágicas, algunas con complicaciones al riñón. El mismo año, aguas contaminadas en Wisconsin, EE.UU. provocaron la más alta contaminación por parásitos intestinales en la historia de este país. Se detectaron 403 mil casos, con una tasa de hospitalización del 10 %.

Se podría decir así, que al igual que los seres humanos con débil resistencia inmunológica, las sociedades están

hoy sufriendo una pérdida de su propia capacidad inmunológica, como resultado de trastornos demográficos, tecnológicos, económicos y ecológicos. La capacidad inmunológica de las poblaciones es variable y depende de su historia de contacto con los microorganismos patógenos. Toda modificación en el medioambiente va acompañada del desarrollo de nuevas generaciones microbianas, de la misma forma cómo la introducción de microorganismos conocidos en nuevas poblaciones puede generar un nuevo cuadro de enfermedades o epidemias, frente a las cuales la población tiene escasa capacidad de resistencia. No por gusto, ya Luis Pasteur indicaba que los microbios no son nada y que el medioambiente lo es todo.

LAS CONSECUENCIAS DEL EXTENSIVO Y MAL USO DE ANTIBIÓTICOS

Desgraciadamente, los avances de la medicina y de la biología, que han logrado detener y controlar la propagación de enfermedades infecciosas, están siendo desafiados por la capacidad de reproducción, de movilidad y de resistencia de microbios en constante evolución. En esta guerra contra virus y bacterias, bien cabe preguntarse si la ciencia es el David o el Goliat de la batalla.

La emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas están demostrando la enorme capacidad de selección natural, en donde bacterias con resistencia antibiótica y parásitos resistentes a las drogas logran desarrollar estas nuevas capacidades de otros genes no patogénicos, muchas veces presionados por el exagerado uso de antibióticos.⁷ La penicilina de los años 50 podía, por ejemplo, combatir con el 100 % de efectividad a la bacteria estafilococo. Treinta años después, esta efectividad ya se había reducido al 10 %. Se aumentaron las dosis prescritas y luego se comenzó a utilizar una nueva droga, la meticiclina. Sin embargo, esta bacteria logró mutar nuevamente, y se hizo resistente al nuevo medicamento. En los años 90, el *Staphylococcus aureus* representaba un alto riesgo en los hospitales y se comenzó a utilizar una droga más poderosa, la vancomicina, que nuevamente presenta signos de resistencia por la bacteria.⁸

El mal uso de antibióticos (mala indicación, dosis insuficientes, uso repetido, etc.) hace que las bacterias se defiendan en un proceso biológico natural de cooperación mutua, para traspasarse información genética y evitar ser nuevamente atacadas. El desafío es inmenso, pues los microorganismos no sólo resisten, sino que además provocan enfermedades nuevas, muchas de ellas de insospechada sintomatología o irreconocible por el sistema inmunológico. El caso de la epidemia de la fiebre púrpura brasileña en 1990, es un ejemplo reciente en esta categoría de enfermedades.¹

Se estima que millones de personas podrían morir víctimas de infecciones que en épocas pasadas eran fácilmente controlables. Tenemos el caso de enfermedades al oído,

con complicaciones cerebrales o distintos tipos de neumonías mortales. La bacteria *Enterococo*, por ejemplo, que se encuentra en el tracto gastrointestinal y frente a la cual no existen antibióticos con efectividad, tiene además la capacidad de transferir su código genético a bacterias más letales. En estos casos, antibióticos tales como la vancomicina, que son efectivos en combatir la bacteria *Streptococcus pneumoniae* para el tratamiento de neumonías, infecciones al oído y meningitis podrían dejar de tener efecto si esta bacteria sufre mutaciones genéticas. Similar es el caso de los temibles *Estafilococos dorados* resistentes, que podrían incluso destruir las válvulas del corazón.

Es obvio, que dentro de las medidas para prevenir y combatir esta situación se encuentran las políticas de salud pública. Sin embargo, no son pocos los que señalan que jamás podremos conquistar las enfermedades infecciosas y que sólo podremos controlarlas para aprender a coexistir con los microorganismos. Otros más críticos, señalan que las prácticas de la OMS y del Center for Disease Control, CDC, son claramente insuficientes por falta de una estrategia global que vaya más allá de atacar a estos microorganismos desde el exterior.⁹

Por otro lado, las compañías farmacéuticas están invirtiendo millones de dólares en la investigación de antibióticos y las empresas de biotecnología ya han detectado el lucrativo mercado para estos efectos. Sin embargo, es vital tomar conciencia sobre el papel que tenemos los humanos en la forma como nos relacionamos con el medioambiente y la naturaleza, en la forma como se explotan los recursos y en la manera como nos enfrentamos a los microorganismos, cuestionando así la creencia en que la manipulación humano-científica es la única respuesta.

Finalmente el uso indiscriminado de antibióticos en los procesos de producción de alimentos y aceleración o desarrollo de animales y aves para consumo humano, está generando un traspaso inmediato a los humanos, y reduciendo la eficacia del antibiótico, cuando es prescrito para combatir las invasiones bacterianas.

La acción exterior, por los antibióticos, para intervenir en los procesos metabólicos vitales de las bacterias y evitar así su reproducción, se está limitando cada vez más. Algunos científicos hablan ya de la era «posantibiótica», experimentando destruir las bacterias (que son unicelulares) con enemigos naturales, tales como los virus que penetran y destruyen a la célula bacteriana. De ahí, el nombre genérico de virus «bacteriófagos», ya descubiertos a comienzos de siglo por el microbiólogo francocanadiense Félix Herelle, pero que fueron desplazados por los antibióticos.

Lo que es finalmente importante, es el hecho de que las armas que creíamos invencibles: antibióticos, drogas antivirales, pesticidas y otros arsenales de la tecnología están ya claramente demostrando sus límites. La caja de Pandora no sólo se ha abierto, sino que hemos descubierto cómo el ser humano está provocando directamente nuevas enfermedades al confiarse en su capacidad de control exterior sobre la naturaleza y, en este caso, del propio organismo humano.

De acuerdo con lo anterior, el médico no es el que sana, es la naturaleza la que sana, y son el médico y el enfermo sus ministros. De hecho ni el significado original del verbo «*therapein*», de donde deriva nuestra palabra terapia o terapéutica, ni el de la palabra latina «*cura*», de donde deriva nuestra palabra curar, significan sanar. El significado de «*therapein*» es más bien velar con devoción por algo de mucho valor, mientras que el de «*cura*» es cuidado, diligencia, aplicación, empeño.¹⁰

Quizás, como ya lo proponía el célebre científico doctor Tomás McKeown, los avances en la salud vendrán en el futuro, como lo fueron en el pasado, con una modificación de las condiciones que conllevan a la enfermedad y no en una intervención con posterioridad al desarrollo de la enfermedad.

LA SALUD, EL MERCADO Y EL DINERO: UN NEGOCIO MUY BUENO

EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MODERNIDAD

La condición misma de nuestra modernidad occidental está íntimamente ligada al proceso de producción y de consumo de bienes materiales, que parecen darle el sentido a nuestra existencia.¹¹⁻¹³ Bajo la ola consumista, signo de los tiempos modernos, no sólo aparecen nuevas enfermedades ligadas al modo de vida y vinculadas al estrés y se incrementan las afecciones crónicas y la mortalidad por accidentes y la tasa de suicidios, especialmente en la juventud, sino que además, se tienden a promover las mismas prescripciones por la vía del consumo de drogas médicas, el auge de nuevas terapias, la medicalización de comportamientos atípicos y el tratamiento farmacológico de toda sintomatología depresiva.^{14,15}

Por otro lado, los avances de la ciencia, la robótica, la informática, las biotecnologías y el extraordinario avance de las comunicaciones, etc., no sólo están cambiando al mundo, sino que también a nosotros como partes y en interacción con éste. En el caso de la salud, sus consecuencias son notables en la biotecnología, las manipulaciones genéticas, la fertilización *in vitro*, el aborto, el derecho a la muerte, la eutanasia, los efectos secundarios de las drogas, los trasplantes de órganos, etcétera.^{14,16,17}

El desarrollo de la tecnología médica y sus éxitos notables en el campo de la medicina, contienen, sin embargo, un sólido trasfondo ideológico y un importante valor mercantil. La dependencia del individuo se acrecienta frente a las máquinas, los laboratorios y las drogas, mientras el complejo médico-industrial sigue siendo el que otorga una de las más alta rentabilidad al capital. Por otro lado, los mismos países industrializados sufren el desfinanciamiento de sus sistemas curativos, frente al crecimiento exponencial de los costos de la medicina moderna. Desgraciadamente, la

racionalización olvida que el aumento de los costos no sólo se explica por el aumento de enfermedades crónicas y por el envejecimiento de la población, sino también porque el sistema mismo ha promovido desde siempre el consumo de servicios médicos.

LA EPISTEMOLOGÍA BIOMÉDICA Y EL MERCADO

Kuhn sostiene que la historia de la ciencia transcurre a través de rupturas entre lo que él llamó los «paradigmas». Es decir, entre tradiciones coherentes de investigación basadas en supuestos, usos y prácticas. Un paradigma como concepto, modelo teórico o lenguaje científico común permite hacer ciencia sin necesidad de estar discutiendo permanentemente sobre los fundamentos de la investigación. En síntesis, todo conocimiento científico requiere de estructuras interpretativas basadas en paradigmas fundamentales o en modelos conceptuales que permiten elaborar teorías. Cada paradigma crea así su propia «gestalt», que aparece incomprendible para científicos que piensan a partir de otro paradigma.¹⁸

La anatomía, la fisiología, la patología, etc. están, por ejemplo, en una línea epistemológica directa con la filosofía cartesiana, con los procesos de industrialización y con el desarrollo de la ciencia. El complejo médico-industrial ha crecido también en forma paralela y en apoyo mutuo con el desarrollo de la química, la biología y la técnica. Un paradigma que trata la enfermedad antes que la salud, la enfermedad antes que el paciente, los síntomas antes que las causas, las causas individuales antes que las sociales y las enfermedades orgánicas antes que las funcionales, es también el resultado del dominante paradigma o modelo biomédico, que hizo desaparecer a los médicos filósofos de antaño.

Si bien los modelos de «salud-mercado» y «Estado Benefactor» divergen sustancialmente en términos de principios, políticas y estructuras organizacionales, comparten sin embargo esta visión biomédica, que es hegemónica y que ha institucionalizado y legitimado a la medicina y a la profesión médica, como los pilares de todo sistema de salud.^{19,20} Ambos modelos, han promovido el desarrollo de la medicina científica, de la educación médica y de la infraestructura hospitalaria inspirada en las proposiciones de Flexner de comienzos del siglo XX, que consolidaron los sistemas de servicios de salud en EE.UU., Canadá y América Latina.

La actual crisis fiscal del Estado y las transiciones demográficas y epidemiológicas están, sin embargo, cuestionando seriamente un paradigma que aparece cada vez más insostenible.²⁰⁻²² frente al aumento de los costos, el impacto financiero de las enfermedades crónicas, el sobreconsumo de medicamentos,²³ una tecnología cada vez más onerosa²⁴⁻²⁶ y una demanda creciente por servicios médicos. Esta crisis global afecta tanto a los sistemas públicos como a los privados.²⁶⁻³³ Sin embargo, las políticas de reestructuración

financiera y organizacional de los servicios de salud, para responder a la crisis del sistema o a sus efectos negativos, giran en torno a las concepciones hegemónicas de un paradigma biomédico.

Ante esta crisis se sustentan opiniones opuestas. De una parte hay quienes postulan que este llamado progreso continúe y se acelere; de otra, un grupo de desencantados considera como el gran culpable al desarrollo científico técnico. Ante este enfrentamiento, algunos creen en la posibilidad de una tercera opción: «Así como la ciencia y la técnica piden y exigen de la comunidad, cada vez con menos eco, consideración y respeto, es necesario pedirle a los científicos y técnicos -y ya no a la ciencia ni a la técnica en abstracto- que atenúen la soberbia y la ignorancia que han venido teniendo en relación con la ética y a la filosofía. No es posible que teniendo ante sus ojos las muestras patentes del drama y el sufrimiento causados, sigan insistiendo en una visión mítica del progreso científico técnico indefinido».¹⁰

LA PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS CURATIVOS

A pesar de los extraordinarios avances de la salud pública y de la medicina social, los tiempos actuales se caracterizan por una tendencia acelerada hacia la privatización de la salud. Fenómeno estimulado por el complejo médico-industrial de clínicas y hospitales privados, de compañías de seguro y de la industria farmacéutica. La privatización se presenta así como una estrategia apropiada para la racionalización y la modernización del sistema de salud, pues mejoraría la eficiencia y la productividad y reduciría al mismo tiempo los costos y la burocracia. Este enfoque, inspirado en la ecuación «mercado-precio-capacidad de pago» y que reemplaza el principio de la necesidad constituye el paso lógico para incorporar la salud en el modelo económico neoliberal.³⁴⁻³⁹

Estos profundos cambios organizacionales, de políticas de salud y de los sistemas de seguro juegan a su vez un papel determinante para la acumulación del capital y para transformar los sistemas de seguridad social en instrumentos financieros de alta rentabilidad. Por otro lado, la estrategia aparece ideológicamente exitosa para la incorporación y el apoyo de la población a sistemas de salud de mercado³⁹⁻⁴¹ y para neutralizar las críticas a la privatización y a la reducción del sector público en salud. La población, cautiva del sistema, es así instrumental en el desarrollo de un sector privado, que necesita el estímulo de un nuevo mercado para su expansión.

Tres son los elementos que aparecen como los más destacados en este proceso: el retiro parcial del Estado, la formación de un mercado para el sector privado y el crecimiento de la capacidad y autonomía del sector privado.

El retiro parcial del Estado en el sector salud, es parte del proceso de liberalización de la economía en donde el Estado asume una función subsidiaria frente a la economía

de mercado. Esta nueva realidad genera la *jibarización* del sector público de la salud, cada vez más empobrecido, no obstante una creciente presión de los sectores más necesitados. Ello se agrava, con la dificultad administrativa y de gestión de ofrecer servicios con menos recursos, aumentando los tiempos de espera, dificultando la capacidad de operación, reduciendo los recursos humanos, postergando la renovación tecnológica, limitando la adquisición de insumos y haciendo cada vez más complicada la mantenimiento y la construcción de infraestructuras médicas y hospitalarias.

Corolario indirecto del retiro del Estado y paralelo a la manifiesta voluntad de desarrollar el sector privado, es la creación de un mercado para rentabilizar y hacer interesante el desarrollo del negocio de la atención médica. Privatizar la medicina, implica necesariamente que esta sea interesantemente rentable. Para que ello suceda se requiere obviamente aumentar el mercado de usuarios, que consuman servicios médicos. Uno de los mecanismos destinados a este fin es ligar las prestaciones de los servicios a la capacidad de pago de los usuarios y esto se logra a través de la liberalización del mercado de los seguros para prestaciones médicas. A través del retiro voluntario de los usuarios un sector público cada vez más exiguo y la aplicación de la subvención a la demanda, se estimula el mercado privado. El principio de la necesidad se reemplaza así por el principio de la demanda real para financiar los servicios, incrementar la privatización y facilitar la competencia con el sector público y entre los propios privados.

Otra consecuencia es el desarrollo de una demanda artificial, que estimula el sobreconsumo de prestaciones y de medicamentos, y mejora la rentabilidad del complejo médico-industrial de hospitales, clínicas, industria farmacéutica, fabricantes de equipos y de insumos médicos. La alta concentración, muchas veces, cuasi monopolísticas de estas empresas proveedoras, aumentan el costo de la atención médica y la proporción del PGB que se destina a los servicios curativos. Cada vez es mayor el impacto del modelo biomédico sobre la atención de salud, mientras aumenta la tasa de intervenciones médicas consideradas innecesarias, especialmente en las cirugías y especialidades. La fijación de precios artificiales, privilegios en patentes, ventas condicionadas, dumping de drogas a países en desarrollo, dependencia tecnológica creciente y escaso control del impacto iatrogénico de muchas drogas, no benefician a los usuarios, pero si hacen crecer las ganancias de una industria altamente rentable.

Junto a ello, la población pierde cada vez más la posibilidad y la capacidad de autonomía frente a su propia salud, pues el modelo biomédico, desde el punto de vista de la práctica médica y el modelo de mercado, para administrar los servicios médicos, se apoyan mutuamente en una misma lógica.

Crece y se desarrolla de esta forma un sector privado, que si bien es económicamente más eficiente, por ser excluyente y estar ligado a la capacidad de pago del usuario, es

mucho más oneroso globalmente para la salud de la población. Esto último sin considerar el ahorro en prestaciones médicas que podría significar una buena prevención para la salud pública, responsabilidad que por cierto, el sector privado no asume. El conocido mecanismo de socializar los costos y privatizar las ganancias se aplica perfectamente.

CONCLUSIÓN

REPENSANDO LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud están siendo mundialmente cuestionados y amenazados (crisis fiscal, límites estructurales del Estado Benefactor, aumento de los costos de las tecnologías médicas, transiciones demográficas y epidemiológicas, enfermedades crónicas de la modernidad y de la civilización, enfermedades emergentes y reemergentes, etc.). Por otro lado, los modelos de mercado y las racionalizaciones y privatizaciones de los servicios de salud influyen en forma determinante los modelos de salud y en la reestructuración de los servicios curativos, para que sean accesibles y no discriminatorios.

El debate supera la clásica dicotomía entre las enfermedades de la pobreza versus las enfermedades de la civilización o entre el sector público y el sector privado. Es evidente que las condiciones de vida en los países en desarrollo y aún más en los países más pobres son causales de graves problemas de salud, que requieren de enérgicas acciones de salud pública. También está claramente demostrado el impacto que la vida moderna y la intervención humana sobre el medioambiente, tiene sobre el auge de las enfermedades crónicas. Por último, sabemos que la crisis fiscal de los sistemas de salud está llevando a un replanteamiento del acceso a los servicios médicos y que la economía de mercado dominante y la privatización de los servicios curativos van de la mano.

No obstante el bilán anterior, aparece como fundamental la posibilidad de imaginar a largo plazo desde otra perspectiva. En el corto y mediano plazo, quizás sea necesario buscar nuevos equilibrios en función de las necesidades más urgentes, pero es poco probable que podamos observar cambios significativos, si solo se intentan reformas de racionalización administrativa y de ingeniería económica, sin atacar los fundamentos mismos del modelo biomédico.

En el contexto actual de la liberalización de una economía globalizada y frente a la imposibilidad fiscal de asumir todos los costos de las prestaciones, es prácticamente imposible imaginar un retorno al Estado de Bienestar o revertir drásticamente los procesos privatizadores. Por un lado los sectores medios, muchas veces atrapados entre un sector público con enormes dificultades para prestar servicios y su propia capacidad económica para recurrir a la medicina privada, se han visto beneficiados por la extensión de los seguros médicos y de salud. Por otro lado el contexto de un modelo liberal y la imposibilidad actual de reducir el impacto

del paradigma biomédico-curativo dominante, como respuesta a las necesidades de salud de la población, hacen dificultoso y no aconsejable una oposición ciega al sector privado. Es fundamental buscar los equilibrios entre el sector privado y público. Ello permitirá minimizar el impacto negativo de una salud vinculada al dinero y lograr defender los principios de una salud-curativa, con equidad, accesible a todos, sin discriminación de edad, de género o de capacidad económica.

Para el mediano y largo plazo es indispensable comprender que la crisis y la reorganización de los sistemas de servicios de salud necesitan de un análisis que supere 2 grandes límites a los cuales se ve enfrentado el hegemónico modelo curativo: a) las interpretaciones mecanicistas ligadas a la bio-medicina y al racionalismo científico y, b) las concepciones reduccionistas y lineales del desarrollo y de la modernidad. Ambos límites tienen consecuencias sobre las definiciones, las estrategias y las políticas de salud para el futuro de nuestras sociedades.

Es necesario proponer una reflexión más allá de la medicina, e incluso más allá de la salud, que permita debatir el futuro que ya estamos construyendo en este siglo XXI y que nos lleve a repensar y a redefinir nuestras propias prácticas y postulados epistemológicos, en un mundo cada vez

más interdependiente, globalizado y homogeneizado. No sólo se trata de cuestionar la medicina, su papel y su poder, sino que también la división social del trabajo, el medioambiente, las características de la modernidad, lo que entendemos por desarrollo, la primacía epistemológica del racionalismo científico y tantas otras «herejías» que, cada vez más, son compartidas por aquellos que piensan y que practican en torno a los fenómenos ligados a la salud.⁴²

Los límites en torno a la accesibilidad de los servicios de salud, la incapacidad fiscal para resolver las esperanzas de una salud universal y sin discriminación, catapultan el debate sobre lo que es una «buena» sociedad. Derechos cívicos y humanos, educación, participación, democracia y justicia fueron y siguen siendo banderas de reivindicaciones sociales. El indicador de salud de un pueblo aparece cada vez más como reflejo de una «sociedad ideal». Indicador de salud, que va más allá de la ausencia de la enfermedad, incluyendo los distintos elementos que afectan la calidad de vida. La crisis de la salud se enmarca así en una reconceptualización más profunda, estrechamente ligada a una crisis social, que sobrepasa sus componentes económicos y políticos, incluyendo además sus dimensiones culturales, filosóficas, éticas y valorativas.

SUMMARY: Some decades ago, it was taken for granted that infectious diseases would be eradicated in 2000 by medicine and science. Reality has been different: the emergence and reemergence of infectious diseases show all the contrary. Microorganisms have globalized, modernized and adapted, as a result of human intervention on the environment and of the indiscriminate use of antibiotics. It was also considered that the extension of public health and the curative services was the answer to the health needs of the population. However, the fiscal crisis of the benefactor State makes more difficult the public system's capacity to meet the health care requirements. On the other hand, the skyrocketing costs of modern medicine do not solve 90 % of the health problems and the private model has led to a strong privatization and to an increasing mercantilist conception of the health services. The ideological, political and economic bases of this model are the partial withdrawal of the State, the formation of a market for the private sector and the growth of the structures for the autonomy and income-yield capacity of the private sector in the health area. Health globalization faces a double and recurrent debate and dilemma: the first is of economic and managerial nature and it is related to the organization of the medical and health services, whereas the second is epistemological, conceptual and of principles, which orientate the health policies. Health cannot be invulnerable to changes and should adapt itself with originality to the new global reality. Globalizing health about alternative policies in the dominant model requires to go beyond a revisionism of the benefactor State, or a reengineering of the curative and preventive services so as to democratize them and guarantee equity. The challenges are rather in the capacity of promoting paradigmatic changes allowing to implement policies in relation to a reconceptualization of health as an integrating part of the social and economic development, turning it into a value and ethical indicator of modernity.

Subject headings: **COMMUNICABLE DISEASE; HEALTH SYSTEM; WORLD HEALTH.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morse S. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* 1995; (1):
2. Wachsmuth S. The molecular epidemiology of cholera in Latin America. *J Infect Dis* 1993;167:621-6. Citado en Morse, op.cit. (1).
3. Moore PS. Meningococcal meningitis in sub-Saharan Africa: a model for the epidemic process. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 515-25.

4. Moore PS, Broome, CV. Cerebrospinal meningitis epidemics. *Sci Am* 1994; 271 (5): 38-45. Citado en Morse, op.cit. (1).
5. Gao F, Yue L White AT. Human infection by genetically diverse SIVSM-related HIV-2, «West Africa». *Nature* 1992; 358: 495-9 Citado en Morse, op.cit. (1).
6. Garrett L. *The Coming Plague, U.S.A.*, The Penguin Group, 1994: 256.
7. Davies J. Inactivation of antibiotics and the dissemination of resistance genes, Citado en Morse, Stephen S., *Factors in the Emergence of Infectious Diseases. Emer Infec Dis* 1994; 1(1), enero-marzo.
8. Garrett L. *The Coming Plague, U.S.A.*, The Penguin Group, 1994: 412.
9. _____. *The Coming Plague, U.S.A.*, The Penguin Group, 1994:609-10.
10. Serani A. Medicina moderna: un desafío entre naturaleza y técnica. En: *Diario El Mercurio*, 9 de agosto 1992.
11. Henderson H. *Paradigms in Progress*, Indianapolis; Knowledge Systems, 1992: 609-10.
12. Carmen R. Development ethics or the rediscovery and reclamation of meaning, *Development* 1994; *J. Soc Int Develop.*
13. Kennedy P. *Preparing for the 21st Century*. Toronto: Harper Collins Publisher; 1993.
14. Robin J. *Changer d'ère*, París: Seuil, 1989.
15. Kaqssiola JJ. *The Death of the Industrial Civilization*. New York: State University, 1990.
16. Garrett L. *The Coming Plague, U.S.A.*, The Penguin Group, 1994.
17. Carlson RJ. Breakthroughs in Biomedical Technology. En: H. Schwartz H. & Karl, C. eds. *Dominant Issues in Medical Sociology*, Don Mills, Ontario: Addison-Wesley Publishing, 1978.
18. Kuhn T. *The Structure of Scientific revolution*, Chicago: University of Press, 1993.
19. Berliner H. La consolidación del poder médico al debut del siglo: una nueva interpretación del informe Flexner. En: Bozzini, Renaud, Gaucher, Llambías-Wolff, *Médecine et Société - les Années 80*, Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1981.
20. Capra F. The biomedical model. En: *The Turning Point: Science Society and the Rising Culture*, London: Fontana, 1982.
21. Lupton D. The lay perspective on illness and disease. En: *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*, London: Sage, 1994.
22. Turner A. Concepts of disease and sickness: women's complaints: patriarchy and illness. En: *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage, 1987.
23. Isenalumhe AI, Oviawe O. Polypharmacy, its cost burden and barrier to medical care in a drug-oriented health care system. *Int J of Health Serv* 1988; 18(2).
24. Fox N. Medical technology: a postmodern view. En: *Postmodernism, Sociology and Health*, Toronto: University of Toronto Press, 1994.
25. Kaufman S. Medicines' means and ends, 1970s-1990s: technological superiority, moral confusion. *The Healer's Tale*, Wisconsin: The University Press, 1993.
26. Crawford R. C'est de ta faute: l'Idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé. En: L. Bozzini et al., op.cit.
27. Huebner A. The non-win war oncancer East-West., *The Journal of Natural Health and Living*, En: Eileen Daniel, *Taking Sides*, the Dushkin Publishing Group, 1993.
28. Mckeown T. Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: le comportement, l'environnement et la médecine. En: Bozzini et al., op. cit., 1981.
29. Illich I. *Némésis Médicale: l'expropriation de la Santé*, París, Éd. Seuil, 1975.
30. Carlson RJ. *The end of medicine*, New York: John Wiley & Sons, 1975.
31. Renaud M. Crise de la médecine et politiques de santé: leçons de l'histoire. En: *Possibles*, Vol. 2, No. 2, Montréal: Invierno, 1977.
32. Rossman M. The orthodox and unorthodox in Health Care, *Social Policy*, mayo-junio, 1975.
33. Zola I. Culte de la santé et méfaits de la médicalisation. En: Bozzini et al., *Médecine et Société: les Années 80*, op. Cit, 1981.
34. Bravo A. Sistemas y modelos de Organización de Salud. En: Hugo L. ed. *Desarrollo Social y Salud en Chile*, Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria, 1980.
35. Kadt de E. Las desigualdades en el campo de la salud. En: Livingstone & Raczynski (eds.) *Salud Pública y Bienestar Social*, Santiago de Chile: CIEPLAN, 1976.
36. Chossudovsky M. Human rights, health and capital accumulation. En: *The Third World. Int J of Health Serv* 1979; 9(1): 61-75.
37. Livingstone M, Raczynski D. *Salud pública y bienestar social*. Santiago de Chile: CIEPLAN, 1976.
38. Ruderman P. Economic Adjustment and the future of health services in the Third World. *Invierno: J Public Health Pol*, 1990.
39. Laurell AC. ed. *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*, México, DF: Fundación Friedrich Ebert, 1994.
40. Sánchez H. Análisis evolutivo del sistema de salud chileno. Santiago de Chile: INTA - Universidad, 1981.
41. Teeple G. *Globalisation and the decline of social reform*. Press, Garamond Press, 1995.
42. Bozzini L, Renaud M, Gaucher D, Llambias-Wolff J. *Médecine et Société - les Années 80*, Québec: Éditions Coopératives Albert Saint-Martin, 1981.

Recibido: 23 de noviembre de 2002. Aprobado: 21 de diciembre de 2002.

Jaime Llambías Wolff. Universidad York, Canadá. E-mail: jlwolff@yorku.ca