

Reconstruyendo la izquierda en salud en los Estados Unidos

Matthew R. Anderson, Lanny Smith, Victor W. Sidel

Con este número *Medicina Social* comienza la publicación de una serie de trabajos por invitación con el tema: “Reconstruyendo la izquierda en salud en los Estados Unidos”. En este editorial perfilamos nuestra visión para esta serie.

Emprendemos este proyecto conscientes de que nuestro buen amigo y mentor, el Dr. Walter Lear (uno de los principales activistas en salud del siglo XX), está gravemente enfermo. Walter fue el creador y el custodio de los archivos de la izquierda en salud de los EUA, una colección que ahora se halla en la biblioteca de la Universidad de Pensilvania. La colección recuerda el importante papel que los trabajadores de la salud de izquierda jugaron en la historia de los Estados Unidos durante el siglo XX. Fueron defensores de un programa nacional de salud (Comité sobre los Costos de la Atención Médica; Foro de Médicos; Sección de Cuidados Médicos/Asociación Americana de Salud Pública –*American Public Health Association*, APHA, por sus siglas en inglés; *HealthPAC*; Médicos a Favor del Programa Nacional de Salud; Alianza Nacional de Médicos); proveyeron solidaridad internacional (Sociedad Médica Soviético-Americana, brigadas internacionales durante la Guerra Civil Española, Movimiento de Solidaridad con Centroamérica,

Comité de Apoyo a Trabajadores de Salud Chilenos, Médicos a Favor de la Salud Mundial); investigaron las conexiones entre la enfermedad y la clase social (Círculo Sigerist, Espíritu de 1848, APHA); lucharon por la salud de los trabajadores, (Consejos a Favor de la Salud y de la Seguridad Laboral, Sección de Salud y Seguridad Ocupacional/APHA); participaron en movimientos en contra de la guerra (Comité Médico a Favor de los Derechos Humanos, Médicos a Favor de la Responsabilidad Social, Médicos Internacionales a Favor de la Prevención en Contra de la Guerra Atómica, Paz Caucus/APHA); crearon nuevos modelos de cuidado a la salud (Cooperativas de

Salud, Organizaciones de Mantenimiento de Prepagos en Salud, Centros Comunitarios de Salud, Cuerpos del Servicio Nacional de Salud, Clínicas Gratuitas); fueron fundamentales en la lucha por los derechos de las mujeres (Paternidad Planeada, Médicos por la Reproducción Elegida y por la Salud); apoyaron al movimiento de derechos civiles tanto en medicina como en la sociedad más amplia (Asociación Médica Nacional, Comité Médico por los Derechos Humanos); tuvieron un papel clave en el movimiento por los derechos gay (Actúa Ya –*ACT-UP*–, Asociación Médica Gay y Lésbica, Caucus gay, lésbico, bisexual y transgénero de la APHA); retaron a los modelos tradicionales de educación médica (Organizaciones de Estudiantes de Salud –*AMSA*–, el Programa de Residencia de Medicina Social) y trabajaron en muchos, muchos otros campos.

No fue casualidad que los médicos de izquierda constituyeran un blanco específico durante la era de McCarthy. De modo trágico, la represión de las ideas progresistas dentro de la comunidad médica tuvo un impacto escalofriante durante los años 50s, en los que muchos médicos de izquierda fueron puestos en la lista negra y en la que algunos

Matthew R. Anderson. Departamento de Medicina Familiar y Social, Centro Médico Montefiore, Escuela de Medicina “Alberto Einstein”, Bronx, New York, EUA. Correo-e: MattAnderson@socialmedicine.org.

Lanny Smith. Departamento de Medicina Familiar y Social, Centro Médico Montefiore, Bronx, New York, EUA. Correo-e: vze2x6qm@verizon.net

Victor W. Sidel. Departamento de Medicina Familiar y Social, Centro Médico Montefiore, Bronx, New York, EUA. Correo-e: vsidel@montefiore.org

vieron su carrera arruinada.¹ La medicina organizada (a través de la Asociación Médica Americana –AMA–) hizo las paces con el complejo médico-industrial naciente y se fue volviendo cada vez más conservadora. Al mismo tiempo, fue evitando los valores sociales que habían impregnado a gran parte de la comunidad médica en las primeras décadas del siglo. Para 1961, el Auxiliar de Mujeres de la AMA (compuesto por esposas de médicos) participaba en la “Operación Taza de Café” (“*Operation Coffeecup*”) durante la que se reunían a escuchar a Ronald Reagan discutir “los males de la medicina socializada”; su objetivo era derrotar una versión temprana de *Medicare*.²

Sin embargo, los años 60s también vieron el florecimiento de nuevas iniciativas progresistas en el campo de la salud. Por ejemplo, se crearon centros de salud comunitarios sostenidos con fondos federales que fueron expandidos a lo largo de todo el país. Estos centros de salud (que adoptaron el modelo de atención primaria orientada a la comunidad) incorporaron controles democráticos (por ejemplo, representantes comunitarios en su junta directiva), la responsabilidad hacia la comunidad y el compromiso con los determinantes sociales de la salud, más allá de la estricta atención médica.

Contamos con un legado extraordinariamente rico sobre el cual construir. Esto debe darnos valor y esperanza en los difíciles retos que tenemos que enfrentar.

Los predicamentos de la izquierda en el año 2010

En 2009, el clima político parecía propicio para un cambio real mediante la reforma a la atención de la salud estadounidense. Muchos en la izquierda tenían la esperanza de que fuera posible un Plan de Pagador Único, estableciendo un programa nacional de atención médica similar a *Medicare* o al sistema canadiense. De acuerdo con esta propuesta, la atención médica sería financiada

públicamente por medio de impuestos y otorgada, en gran parte, por proveedores privados. Algunas encuestas indicaron que el plan gozaba de apoyo popular, mientras que el sistema actual de seguro privado basado en el empleador era muy impopular. El presidente Obama había declarado abiertamente que la atención médica es un derecho humano y existe prueba de que él (como senador del estado de Illinois) una vez apoyó dicho plan.³ Algunos activistas que llevaban preparándose años y ya estaban listos, dedicaron una cantidad enorme de energía en impulsar una variedad de opciones que garantizaran la cobertura universal de asistencia médica. Sin embargo, a principios de 2010 nos quedamos sólo con un programa profundamente insatisfactorio del que la asociación “Médicos a Favor de un Plan Nacional de Salud” (*Physicians for a National Health Program*), el grupo estadounidense líder en la abogacía del Plan de Pagador Único, ha manifestado que sería aún peor no tener ningún programa.

Incluso si el Plan de Pagador Único hubiera sido aprobado (y ni siquiera se logró esto) sería tan sólo parte de una agenda mucho más amplia para la izquierda en los EEUU; algunas partes de esta agenda están abiertas a discusión pública. Otros asuntos no son tratados en la corriente dominante; son discutidos únicamente en publicaciones académicas y en medios de comunicación alternativos, quedando, de ese modo, lejos de la consciencia popular. Algunos elementos de nuestra agenda incluyen temas como la distribución y la composición de una población activa que está concentrada en áreas urbanas y se halla estratificada racialmente. La discusión sobre el racismo, el sexismo y el clasismo, temas importantes tanto en la salud como en el cuidado a la salud, está confinada a planteamientos poco realistas (por ejemplo, la eliminación en una década de las disparidades raciales/étnicas sin cambiar los sistemas de educación y de salud) o a un número interminable de investigaciones que documentan el problema.

El enfoque actual sobre “salud global” esconde a un sistema imperialista que drena a profesionales

¹ Editores (2009). “Una entrevista con el Dr. Walter Lear”, *Medicina Social* 4(1):70-79.

² Esta grabación está disponible en: www.youtube.com/watch?v=fRdLpem-AAs

³ Para mayores detalles sobre la opción del Programa de Pagador Único: www.pnhp.org

de la salud de otros países, exportaciones de nuestro disfuncional sistema de atención a la salud, crea nuevos mercados para nuestros medicamentos y tecnología y relega problemas clave de salud a una condición de “huérfanos”. ¿Qué podemos pensar de un mundo en donde un ciudadano norteamericano (Bill Gates) ejerce un poder financiero sobre la salud mundial a una escala comparable a la de la Organización Mundial de la Salud? La ética médica necesita ampliar su visión para considerar las preguntas de la ética organizativa (tal como el racismo institucional); las nuevas tecnologías son importantes no nada más para los problemas referentes a pacientes individuales, sino también para las cuestiones de justicia social. ¿Cómo podemos reparar el divorcio entre la práctica clínica (dedicada a las prácticas curativas) y la salud pública (enfocada a la prevención y a los determinantes sociales en salud más amplios)?⁴ ¿Por qué han de ser los genes (la herencia común de la humanidad) propiedad privada?

La discusión del desarrollo de modos democráticos y maneras comunitarias de manejar a las instituciones de salud ha sido archivada conforme la atención a la salud se ve cada vez más bajo el poder de las grandes corporaciones y organizaciones no lucrativas que operan como si lo fueran. Los debates legislativos de 2009 han demostrado un vez más que el Congreso (intoxicado con el dinero corporativo) parece estar más interesado en proteger los intereses corporativos que en actuar como representante del pueblo estadounidense. Tal como Will Rogers ha declarado: “tenemos el mejor Congreso que el dinero puede comprar”.

El “excepcionalismo estadounidense” que se demuestra en el modo en que estos problemas son

⁴ Levy B S y V W Sidel (2009). *Social Injustice and Public Health*, Oxford University Press, New York. ⁴ “Addressing the inequities in health: a new and vital mandate”. *Lancet*. 2008;372 (9640):689. *The Lancet* dedicó un número entero a *Cerrando la brecha...* en noviembre de 2008.

⁴ Davey Smith G y N Krieger (2008). “Tackling Health Inequities” *BMJ* 337:a1526

⁴ Marmot MG, Bell R (2009). “Action on Health Disparities in the United States”, *JAMA*, 301(11):1169-1171.

(o mejor dicho no son) abordados en los EEUU es extraordinario. En otros países, todos estos asuntos son discutidos, debatidos y abordados por los principales hacedores de políticas, profesionales de la salud y académicos, no nada más por los activistas. Por ejemplo, el informe de 2008 de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud, obtuvo una gran atención internacional y mereció el comentario inmediato tanto de *The Lancet* como del *British Medical Journal*.^{5,6} Sin embargo, estuvo casi ausente de los medios de comunicación estadounidenses, sólo fue mencionado en *JAMA* un año más tarde.⁷ Este hecho es particularmente impactante si se considera que cuatro de los veinte comisionados residen en los EUA: David Satcher, antiguo Médico General durante las presidencias de Clinton y Bush; William Foege, profesor en la Universidad de Emory, asesor de Bill Gates y antiguo presidente de la APHA; Amaryta Sen, actualmente profesor en la Universidad de Harvard, y Gail Wilensky, a la fecha, en el proyecto HOPE. Es posible que la casi censura del informe de la Comisión en los EEUU se debiera a que sus implicaciones en gran parte favorecerían a los modelos públicos y no a los corporativos.

Para los que estamos en la izquierda, es fundamental no aceptar la lógica del excepcionalismo estadounidense. Queda mucho que aprender acerca de cómo promover la salud de manera efectiva y eficiente y brindar atención para todos por medio del análisis de las experiencias de otros países. Las recomendaciones de la OMS son consideradas irrelevantes para la medicina y la salud pública norteamericanas. El resultado es que compañías como Nestlé pueden promover abiertamente una leche infantil en los EEUU (incluso con la colusión de la Academia Estadounidense de Pediatría⁸) mientras que en otros países tales actividades son ilegales. Big Pharma y otros actores clave en el complejo

⁶ Davey Smith G y N Krieger (2008). “Tackling Health Inequities” *BMJ* 337:a1526

⁷ Marmot MG, Bell R (2009). “Action on Health Disparities in the United States”, *JAMA*, 301(11):1169-1171.

⁸ Ver:

<http://www.socialmedicine.org/2008/08/04/breastfeeding/is-the-american-academy-of-pediatrics-helping-babys-r-us-promote-formula/>

médico-industrial (como General Electric) operan internacionalmente. La resistencia contra ellos debe ser también internacional.

No nada más estamos aislados a nivel internacional, además, la izquierda estadounidense en salud está también fragmentada en un arco iris de grupos con temas específicos. Tenemos un gran número de grupos extraordinarios haciendo abogacía cada uno en su propia área de interés. Al mismo tiempo que éste es un modelo ideal para la abogacía con orientación temática, no es necesariamente un buen modo para promover cambios sociales más grandes y profundos. La profesionalización de la abogacía puede conducir a la priorización del desarrollo organizativo sobre la construcción de un movimiento y a la exclusión de la gente “ordinaria” que está afectada por los problemas. Sin embargo, sin un partido de izquierda fuerte en los EEUU (los demócratas claramente no son este partido), probablemente sea poco realista esperar mucha unidad dentro de la izquierda en salud.

Esta editorial no es el lugar para considerar por qué no tenemos un partido de izquierda, pero tal falta no es un accidente de la historia. La clase gobernante ha decidido claramente limitar el debate político dentro del estrecho límite de la pareja republicanos/demócratas (cada vez más hacia la derecha).

A pesar de estas limitaciones, sentimos que hay algo dentro del trabajo en salud que continuará motivando y sosteniendo movimientos progresistas. ¿Por qué consideró Virchow al médico como el defensor natural de los pobres? El trabajo diario en la atención médica nos acerca a la gran mayoría de los estadounidenses que no son ricos y son victimizados por el sistema. Para aquéllos que pueden ver las conexiones entre los problemas de nuestros pacientes y su contexto social, el trabajo clínico es una escuela rica y conduce de manera natural al deseo de querer cambiar el contexto dentro del cual la enfermedad y el sufrimiento surgen. No detendremos, mejor dicho, simplemente no podemos detener nuestra abogacía para asegurar que la salud sea un derecho (esta guerra está consignada a la prehistoria de la humanidad) y al hecho de que al pueblo se le

garantice una dieta sana, un ambiente limpio y una buena educación.

Nos gustaría sugerir motivos de que nuestro trabajo de defensa sería llevado a cabo de manera óptima con un sentido común de identidad y análisis.

El desarrollo de un análisis y una identidad comunes

El enfoque de las políticas temáticas puede conducir a lo que María Gottschalk ha llamado “el síndrome Estocolmo” en la izquierda:

Una y otra vez, los principales intentos de reformar el sistema de atención de la salud en los Estados Unidos caen víctima del “síndrome Estocolmo”. Como los famosos banqueros suecos secuestrados que desarrollaron vínculos emocionales con sus captores y hasta los defendieron después de haber sido liberados. Muchos defensores de la asistencia médica universal, después de haber estado cautivos durante tanto tiempo por las ideas neoliberales acerca de cómo organizar de mejor manera la economía y la sociedad estadounidenses, colocan a la competencia y a la elección del consumidor en el centro del último intento de reforma sanitaria.

Decenas de organizaciones importantes cercanas al Partido Demócrata, incluyendo a la AFL-CIO (la organización laboral preeminente del país), a Moveon.or y al Fondo de Defensa de la Infancia (Children’s Defense Fund), han sido movilizadas en nombre de una solución extraordinariamente modesta: la creación de un plan de salud pública (esencialmente una compañía de seguros sin fines lucrativos) que compita con las aseguradoras de salud comerciales. [...] El trabajar a favor de un plan público de seguros competitivo indica que la fe en las soluciones guiadas por el mercado para la reforma sanitaria siguen en gran parte intactas, a pesar del colapso financiero reciente, que ha producido que incluso el antiguo jefe federal Alan Greenspan cuestionara públicamente al mercado über alles.

*Conforme los problemas del sistema de salud estadounidense han aumentado en las últimas cuatro décadas, la visión de lo que es posible la reforma de la asistencia médica continúa reduciéndose.*⁹

El análisis de Gottschalk nos plantea un reto: ¿Cómo podemos ampliar la visión de lo posible al mismo tiempo que participamos en los compromisos y en las alianzas políticos necesarios para el cambio político real? Es claro que no hay respuestas a esta pregunta que sean simples, inmutables y universalmente aplicables. Más bien, las respuestas tienen que surgir del debate, el desacuerdo y la acción; lo que implica una estructura donde se puede discutir y desarrollar un entendimiento amplio y común sobre la salud. Creemos que la discusión tiene que ser conscientemente progresista y política. Necesita estar construida sobre una cultura de respeto mutuo y sobre la cooperación de varios tipos de trabajadores de la salud y con pacientes. Al mismo tiempo que debe incluir a académicos y trabajadores de la salud, no debe limitarse a estos grupos. Necesitamos la aportación de economistas, sociólogos, antropólogos, politólogos, activistas y, de manera muy importante, la gente directamente afectada por los problemas que estamos tratando de resolver.

Esta discusión también debe incluir voces de fuera de los EEUU. La política pública estadounidense (en materia de globalización, medio ambiente, reforma de la asistencia sanitaria, comercio, “ayuda” extranjera y humanitaria, intervención política y migración) tiene impactos dramáticos sobre la salud mundial. La invasión ilegal de los Estados Unidos a Irak en 2003, por ejemplo, tuvo consecuencias negativas inmediatas sobre la salud de los pueblos de ambos países.¹⁰ Un movimiento estadounidense a favor de la justicia social debe estar consciente de estos vínculos y trabajar de modo conjunto con todos los afectados por las políticas de un gobierno que actúa en nuestro nombre. También podríamos beneficiarnos de las

experiencias y del apoyo de muchos movimientos (como el Movimiento por la Salud de los Pueblos) y hasta de gobiernos que están intentando lograr la visión de “Salud para Todos” enunciada en Alma Ata en 1978. Esta visión es tan relevante para los Estados Unidos como para el resto del mundo.

Finalmente, mayor unidad dentro de la izquierda en salud puede permitirnos aprender mejor de nuestros errores y de nuestra historia. Esperamos ser más efectivos en nuestra abogacía por el cambio social por medio de conjuntar de nuestros recursos y nuestros conocimientos.

La reconstrucción de la izquierda en salud estadounidense

Planeamos usar el foro de *Medicina Social / Social Medicine* para publicar una serie de trabajos que analicen temas clave de la izquierda en salud. Comenzamos en el presente número con el artículo escrito por Linnea Capps y Martha Livingstone, que examina el papel de la reforma de la asistencia médica dentro de la agenda socialista. También publicaremos comentarios por invitación sobre estos trabajos, así como los enviados libremente por nuestros lectores; favor de mandarlos a: MattAnderson@socialmedicine.org.

El primer grupo de temas que planeamos abordar incluyen: la reforma de la asistencia médica, el racismo dentro de la medicina, el control corporativo de la medicina, el imperialismo en la salud mundial, la democracia en la atención sanitaria, la reconceptualización de la educación médica, la seguridad alimentaria, la promoción de la salud, la salud laboral, las toxinas ambientales y los problemas de los inmigrantes y de los trabajadores extranjeros. También se considerarán temas adicionales sugeridos por nuestros lectores; como es costumbre en nuestra revista, todos los artículos serán traducidos. Invitamos a todos los lectores de cualquier país a realizar comentarios, no nada más a aquéllos de los Estados Unidos. De igual modo, serán bienvenidos los comentarios de gente de fuera del campo de la atención médica y de no-médicos.

Estaremos abiertos especialmente a recibir los puntos de vista de aquéllos comprometidos con la lucha por la salud como derecho.

⁹ Gottschalk M (2009). “US health reform and the Stockholm syndrome” in Panitch L, Leys C, eds. *Socialist Register 2010. Morbid Symptoms: Health Under Capitalism*. Monthly Review Press, New York.

¹⁰ Levy BS, Sidel VW (2008). *War and Public Health*. New York: Oxford University Press.

Una propuesta poco modesta: el homenaje al Dr. Walter Lear

No presentaremos únicamente posiciones con las que estemos de acuerdo, sino que buscamos piezas de reflexión que expandan el campo del debate. Nuestro objetivo es promover la discusión, con la esperanza de contribuir a una mayor unidad dentro de la izquierda en salud. De manera ideal, tal unidad puede tomar una forma organizativa en el futuro.

Un homenaje digno al Dr. Walter Lear puede ser la convocatoria a una reunión para discutir no nada más la historia de la izquierda en salud estadounidense, sino también su futuro. Tenemos interés en escuchar la opinión de nuestros lectores sobre su posible organización.

Agradecimientos

Con sus valiosos comentarios, Martin Donohoe, Laura Turiano y Martha Livingston, sin duda, contribuyeron significativamente a este editorial.



Medicina Social
Salud Para Todos