

EN ALTO RIESGO: LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ

CÉSAR ERNESTO ABADÍA B.

*Profesor asociado, Departamento de Antropología
Universidad Nacional de Colombia
cesarernestoabadia@yahoo.com*

HÉCTOR GABRIEL NAVARRETE

*Magíster en Antropología Social
Universidad de los Andes
navarretegabriel@hotmail.com*

ADRIANA GISELA MARTÍNEZ P.

*Investigadora del Centro de Estudios Sociales, CES
Universidad Nacional de Colombia
adrianagiselam@gmail.com*

MARÍA YANETH PINILLA A.

*Investigadora del Centro de Estudios Sociales, CES
Universidad Nacional de Colombia
hialina1@yahoo.com*

RESUMEN Este artículo se pregunta por el impacto de la crisis económica del Instituto Materno Infantil de Colombia en pacientes y trabajadores. Las familias atendidas reportan calidad y calidez en la atención; sin embargo, son las y los trabajadores quienes sirven de *buffer* para que las pacientes no se afecten con el impacto de la crisis. El retraso en sus salarios ha empeorado su calidad de vida y los ha forzado a buscar ingresos adicionales. Discutimos las conexiones entre la crisis económica de los hospitales públicos y el ajuste estructural, y concluimos que el “problema” de la viabilidad financiera de los hospitales debe analizarse dentro del marco de la economía política.

PALABRAS CLAVE:

Antropología médica, Instituto Materno Infantil, Ley 100, trabajadores de la salud, Colombia.

ABSTRACT This article examines the impact of the economic crisis of the Instituto Materno Infantil, Colombia, on patients and workers. Families comment on the quality and warmth of health care provided; however, healthcare workers act as buffers protecting patients from the full impact of the crisis. In addition, delays in workers' payments have worsened their quality of life and forced them to look for additional income. We discuss connections between the economic crisis of public hospitals and structural adjustment and conclude that the “problem” of financial viability of the hospitals needs to be analyzed with a political economy framework.

KEY WORDS:

Medical Anthropology, Instituto Materno Infantil, Ley 100, Health Care Workers, Colombia.

EN ALTO RIESGO: LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE BOGOTÁ

CÉSAR ERNESTO ABADÍA BARRERO¹
HÉCTOR GABRIEL NAVARRETE²
ADRIANA GISELA MARTÍNEZ PARRA³
MARÍA YANETH PINILLA ALFONSO⁴

INTRODUCCIÓN

EN COLOMBIA NACE CERCA DE UN MILLÓN DE BEBÉS ANUAL-mente, de los cuales el 9 por ciento pesa menos de 2.500 gramos (United Nations Development Programme, UNDP, 2005; Unicef, 2006). El bajo peso al nacer está asociado no sólo a enfermedades en la madre, sino a condiciones sociales como la pobreza o a la falta de control prenatal. Para aumentar la posibilidad de supervivencia de un bebé de bajo peso y de las mujeres con complicaciones en la gestación se necesitan unidades médicas especializadas de alto nivel.

La atención de la maternidad es prioritaria para la salud pública y, en el país, el número de partos atendidos por profesionales de salud, según el reporte de las Naciones Unidas (2005), se ubica en la cifra de 86 por ciento –con variaciones de 66,6 por ciento en el 20 por ciento más pobre de la población y 98,1 por ciento en el 20 por ciento más rico–. La atención médica del parto se asocia con la mortalidad materna, la cual se ha estabilizado en los últimos años en siete muertes semanales, cifra veinte veces mayor a las de los países más desarrollados, y es asociada a demoras en el acceso a los servicios de urgencias altamente calificados (Gaitán, 2005; UNICEF, 2006). Entre un 66 y un 89 por ciento de las muertes maternas institucionales son evitables y, por tanto, reducir las

1 Odontólogo, doctor en Antropología Médica de Harvard University.

2 Antropólogo, magíster en Antropología Social de la Universidad de los Andes.

3 Odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia.

4 Antropóloga de la Universidad Nacional de Colombia.

enfermedades y muertes en gestantes y recién nacidos ha sido una meta tradicional de la salud pública, con renovada importancia al ser incluida dentro de las metas del milenio por el gobierno colombiano. Sin embargo, es inconsecuente que el Instituto Materno Infantil –IMI–, el principal hospital universitario de alto nivel de complejidad en la atención de gestantes de alto riesgo, con servicios especializados en atención de preeclampsia, infección obstétrica y hemorragia posparto, tres de las principales causas de mortalidad materna en el país, no haga parte de los planes gubernamentales para la disminución de la mortalidad materna e infantil (Gaitán, 2005).

En los últimos años y con la implantación de la Ley 100 de 1993, en Colombia se inició un sistema privatizador de la salud que ha ocasionado una crisis en varios hospitales públicos, lo cual ha llevado a que muchos de ellos se vean forzados a cerrar sus puertas y dejar a gran parte de la población pobre sin atención⁵. El IMI no ha escapado a esta situación y se encuentra ad portas de un cierre o reducción drástica, lo cual, probablemente, elevará los índices de mortalidad y afectará la educación e investigación médica en todo el país (Gaitán, 2005). En este artículo exploramos cómo se vive el posible cierre del IMI, rescatando las perspectivas de pacientes, trabajadores y trabajadoras, y analizamos los impactos de esta crisis para la salud pública del país.

EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Ubicado en el corazón de la ciudad de Bogotá, el IMI ha sido el hospital insignia de la maternidad en el país con logros a escala nacional e internacional como el Programa Madre Canguro, –PMC–, la subespecialidad médica de perinatología y neonatología, y el Premio Nacional de Medicina 2005 por el estudio bioquímico y molecular de la enfermedad trofoblástica gestacional. Hasta 1944 funcionaba como unidad de maternidad anexa al Hospital San Juan de Dios, –HSJD–; en ese año la Junta General de Beneficencia de Cundinamarca otorgó a estas instalaciones la figura de IMI, con una estructura administrativa independiente y autónoma, con presencia efectiva de la Universidad Nacional y separada del HSJD⁶.

En 1979, la estructura organizativa del IMI sufrió un nuevo cambio a través de los decretos 290 y 1374 que dieron origen a la Fundación San Juan de Dios, institución de derecho privado, utilidad común y beneficencia sin ánimo de lucro, integrada por el IMI, el HSJD y el Instituto de Inmunología. Dos años después del

5 En la costa atlántica se asocian 614 muertes a lo largo del 2006 con el cierre de hospitales públicos regionales. *Cambio*, “La red de Dieb Maloof”, <http://www.cambio.com.co/html/pais/articulos/5207/>, consultado en agosto 27 de 2006.

6 Se creó una junta administrativa del hospital de carácter político, conformada por seis representantes del gobierno departamental, dos del gobierno nacional y uno de la curia.

cambio constitucional de 1991 y con la aprobación de la Ley 100 que reformó la seguridad social en el país y reemplazó al antiguo Sistema Nacional de Salud por el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS⁷, el IMI se enfrentó a una nueva coyuntura en su organización. Los cambios que impone el nuevo sistema de atención gerenciada significan la transformación de la tendencia histórica de dar subsidio a la oferta –subsidio que el Estado paga directamente a los hospitales públicos por la prestación de servicios a la población de escasos recursos– por el subsidio a la demanda, lo que en la práctica significa que los hospitales acceden a los recursos principalmente por facturación de eventos en poblaciones que cumplen con los requisitos de ley (Currea, 2003; OPS, 2002a)⁸.

A pesar de las crisis económicas que ha vivido el IMI, las administraciones del hospital en cabeza de docentes de la Universidad Nacional de Colombia, con la figura de directores-interventores y con sus aciertos y errores, han logrado mantenerlo en funcionamiento. Posterior a la Ley 100, algunos de estos directores/as llevaron a cabo ajustes administrativos bajo los nuevos parámetros de competencia de mercados. Con este fin se promovió la capacitación de trabajadores en gerencia y administración en salud, y se inició una reorganización de servicios –que incluyó la prestación de los mismos a otras empresas de salud, donde el IMI actuaba como unidad principal de neonatología y maternidad de alto riesgo, y atendía remisiones de todo el país⁹–. Entre estos contratos se destaca el realizado con el Instituto de Seguros Sociales, ISS, por una muy alta cuantía, el cual permitió la expansión significativa de las unidades de neonatología disponibles, la negociación con los trabajadores antiguos de la convención colectiva y la inclusión de cientos de trabajadores temporales en la nómina. De otro lado se llevaron a cabo ahorros en el gasto de insumos y otros ajustes con el fin de volver al hospital más eficiente.

202

- 7 Para los creadores del nuevo sistema de salud, éste debía verse como un “pluralismo estructurado”, es decir, que la población contaría con varias opciones de acceso a la salud en una estructura regulada (Londoño y Frenk, 1997). Sin embargo, análisis posteriores de la Ley 100 muestran que gran parte de la crisis actual de la salud es el producto de los “mercados regulados” que siguen principios netamente neoliberales (Ahumada, 2002a; Hernández Álvarez, 2002a).
- 8 La idea de la atención gerenciada en Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, es “incorporar todas las instituciones privadas o públicas que atendieran a los pobres al sistema nacional mediante la transformación del mecanismo de financiamiento llamado ‘subsidio a la oferta’ –sostenimiento de centros y hospitales con recursos públicos–, a lo que se denominó ‘subsidio a la demanda’ de los pobres. Si la atención médica podía entenderse como un bien privado, también podría diseñarse una forma de pago de los servicios de salud consumidos por los pobres que no afectara el cumplimiento de las metas de ajuste fiscal, manteniendo el nivel del gasto público para cubrir estos servicios o, mejor aún, rebajándolo. En esta medida, las reformas contribuirían al cumplimiento de las metas de ajuste fiscal y de pago de la deuda planteadas años atrás” (OPS, 2002a: 324).
- 9 Los contratos se realizan con varias empresas estipuladas en la Ley 100: empresas promotoras de salud (EPS) que aseguran a las personas del régimen contributivo; Aseguradoras del Régimen Subsidiado, ARS, que aseguran personas del régimen subsidiado; y los diferentes entes territoriales y otros hospitales –ahora conocidos como empresas sociales del Estado o ESE– que remiten casos complejos al no contar con instalaciones adecuadas.

La agudización de la crisis dentro del IMI se da en un momento coyuntural donde se encuentran dos procesos complejos: el cierre del HSJD y la crisis del ISS. El Estado determina que el HSJD, con una deuda muy grande en pasivos, no puede realizar más contratos dejándolo sin pacientes y ocasionando la suspensión de actividades clínicas oficiales desde el año 1999. De otro lado, la crisis progresiva del ISS –resultado de una compleja situación de problemas administrativos, competencia desleal del mercado que favorece a las nuevas empresas privadas, impedimento de nuevas afiliaciones y una deuda creciente y millonaria por parte del Estado– generó paulatinamente la finalización de la contratación con el IMI¹⁰.

Al ser parte de la misma fundación –HSJD e IMI–, los pocos ingresos que recibe el IMI –ahora sin contrato con el ISS– se redistribuyen entre las obligaciones económicas de las dos instituciones. La falta de subsidios estatales y de ingresos propios hizo que el cumplimiento de las nóminas y el pago a contratistas por suministros fuese muy difícil. Ante la conmoción administrativa y económica, el Estado, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, determinó que la figura de director-interventor debe ser substituida por una interventoría externa pagada por el hospital. Entre los años 2001 y 2004, las múltiples interventorías sólo llegaron a la conclusión obvia de que “el hospital está en crisis financiera”, no sólo desperdiciando años valiosos para implementar medidas que aseguraran el funcionamiento del hospital sino incrementando la deuda, ya que cada interventoría le costó mucho dinero al IMI¹¹. Ante un doble escenario caracterizado por interventorías que profundizaban y agudizaban la problemática y la necesidad de independizarse del HSJD, los trabajadores y trabajadoras se empeñaron en salvar su institución y se organizó el comité prodefensa del IMI. El comité recibió el apoyo de 500 trabajadores y trabajado-

10 Las causas de la crisis y el cierre de los hospitales son motivo de debate. Los defensores de la Ley 100 señalan que las entidades públicas son corruptas e ineficientes por naturaleza, que estos hospitales no supieron adecuarse al sistema y que en las redes de mercado priman los más fuertes sobre los más débiles (Jaramillo, 1999; Londoño, 2002). De otro lado, se plantea que en el cierre de los hospitales públicos existe una clara intencionalidad de favorecer el mercado privado (Ahumada, 2002b; Franco Agudelo, 2003; OPS, 2002a), ya que los pacientes más rentables son manejados por las empresas privadas, mientras los menos rentables y más costosos son dejados a las redes públicas. Adicional a esto, es importante resaltar las deudas significativas que el Estado colombiano tiene con sus hospitales, lo cual dificulta su financiamiento. A finales de 2003, se estimaba que el Estado le adeudaba \$663.570 millones de pesos a 19 hospitales públicos por la atención a vinculados, desplazados, subsidiados y de Fisalud (*El Tiempo*, enero 22 de 2004). En el caso del HSJD, se suspendieron las actividades de atención sin llevarse a cabo un proceso de liquidación con los trabajadores ni desafiliarlos formalmente, con lo cual se creó un aumento sin fin en los pasivos que ya alcanzan una cifra de alrededor de quinientos mil millones de pesos y sin solución aparente.

11 Según los datos de archivo y las entrevistas realizadas, ninguna interventoría cumplió con una labor destacada para ayudarle al hospital a implementar medidas efectivas para superar la crisis. Se recuerda en especial la interventoría de la firma McGregor, entre 2002 y 2004, como una de las más costosas y corruptas.

ras, y logró que el doctor Odilio Méndez fuese nombrado como director-interventor en el año 2004. En este mismo año y frente a la necesidad de separar las deudas y la crisis del HSJD y del IMI, los trabajadores y trabajadoras solicitan que se eliminen los decretos que en su momento dieron origen a la fundación, acción que se cumplió el 22 de marzo de 2005, a través del fallo emitido por el Consejo de Estado, determinando que las entidades quedaran vinculadas nuevamente a la Junta de Beneficencia de la Gobernación de Cundinamarca.

Al conocer el fallo del Consejo de Estado, el gobernador de Cundinamarca Pablo Ardila pidió que se ratificara el fallo y argumentó que frente a la deuda del hospital, la falta de recursos y la existencia de una red hospitalaria “adecuada” para satisfacer las necesidades de maternidad del departamento¹², el IMI debía liquidarse. Sin embargo, solamente la Asamblea General del Departamento poseía la potestad legal para liquidar la entidad y desde entonces se iniciaron negociaciones entre la presidencia, la gobernación y la alcaldía de Bogotá para determinar si el IMI se liquidaba o continuaba en funcionamiento, con la participación especial de la Procuraduría, en cabeza de Edgardo Maya Villazón, quien argumentó en su momento que la liquidación del IMI iba en contra del interés público y social. La alcaldía manifestó sus deseos de “salvar” el hospital incluyéndolo dentro de la red del distrito, pero sin hacerse cargo de la deuda de la institución. En junio de 2006, la Secretaría Distrital de Salud, SDS, anunció que se haría cargo del IMI, pero delegando en el Hospital de la Victoria su administración. Así, el IMI dejó de ser una entidad independiente para ser un anexo del Hospital de la Victoria, y esta transición se caracterizó por la incertidumbre de las y los trabajadores frente a su situación laboral.

EN ALTO RIESGO

En alto riesgo se refiere a la caracterización médica que se da de la situación biológica de la maternidad en situación extrema. Gestaciones de alto riesgo son aquellas en las que existe una mayor posibilidad de presentar enfermedades o complicaciones, que incluso pueden desencadenar en la muerte de la madre y el bebé, como resultado de condiciones socioeconómicas y médicas particulares. Es decir, los determinantes del alto riesgo son eminentemente biosociales ya que el estado biológico de la mujer gestante, asociado al contexto social, determinan situaciones de vulnerabilidad, como son la desnutrición, la drogadicción, la edad para concebir –ya sea porque se es menor (niñas y adolescentes) o se es mayor (adulta mayor)–, y se tienen enfermedades no tratadas o graves

12 Es cada vez más frecuente escuchar el argumento de que el número de camas es suficiente para la atención de la población. Sin embargo, las altas tasas de morbi-mortalidad señalan un escenario contrario como lo descrito anteriormente en la costa atlántica.

—por ejemplo, hipertensión materna, diabetes gestacional, etc.—. A lo anterior se suma la imposibilidad de acceder a cuidados médicos adecuados durante la gestación y el parto. En este sentido, las respuestas desde las esferas de la salud son fundamentales para disminuir los riesgos de muerte materno-infantil y mejorar las condiciones de salud del binomio madre-hijo¹³.

Para la presente investigación utilizamos *en alto riesgo* como una metáfora que permite significar la incidencia de la crisis de la salud pública sobre las gestaciones de alto riesgo, lo cual se convierte en una nueva amenaza —factor de riesgo— a las posibilidades de supervivencia y la calidad de vida de la madre y el bebé. Adicionalmente, percibimos la salud pública *en alto riesgo* por las circunstancias que atraviesan las redes públicas de salud dentro del actual sistema y los retrocesos significativos en varios indicadores¹⁴. Finalmente, pensamos que la salud pública está *en alto riesgo* por cuanto la forma como se piensa, se vive y se concibe el derecho a la salud y la medicina social pueden ceder ante las lógicas impuestas por las leyes de mercado (Abadía-Barrero, 2004).

METODOLOGÍA

En estos marcos de discusión sobre las reestructuraciones legales y administrativas del sistema de salud y sus impactos en la crisis y viabilidad financiera de las instituciones de salud pública, particularmente del IMI, vemos con preocupación que las voces menos escuchadas son las de las personas que interactúan directamente en estos espacios —pacientes y trabajadores— y se desconocen los impactos que esta crisis ha generado en las vivencias de salud-enfermedad o trabajo. En este sentido, el interés de esta investigación es aproximarse desde la antropología médica al estudio de la crisis de la salud pública, analizando las relaciones entre el *alto riesgo* y las dinámicas sociales que ocurren en el interior del hospital, principalmente en las relaciones pacientes-trabajadores alrededor de los procesos de maternidad y paternidad de mujeres y hombres que son atendidos en la institución.

Así, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación: ¿cómo afecta la crisis de la salud pública las dinámicas sociales de maternidad y par-

13 En ginecología y pediatría se enfatiza la relación de la madre con el hijo como fundamental para la salud de los dos. La subespecialidad de perinatología y neonatología enfatiza esta asociación ya que se “conoce” al bebé desde antes de nacer y muchas de las actividades dirigidas a mejorar la salud del bebé se realizan a través de intervenciones en el cuerpo de la madre.

14 En el caso de Colombia, los retrocesos más significativos han ocurrido en las áreas de vacunación, la falta de aseguramiento y los altos costos de atención de las poblaciones pobres y la institucionalización de inequidades en acceso y calidad (ver, por ejemplo, Ahumada, 2002b; Franco Agudelo, 2003; Hernández Álvarez, 2002a, 2002b; ops, 2002b; Sociedad Internacional por la Equidad en Salud, 2006; Torres, 2003). Tales retrocesos no deben ser sorprendentes ya que se relacionan con la estructura de los sistemas de mercado y de inequidades propias que se deslindan de estos (Rylko-Bauer y Farmer, 2002).

tos de alto riesgo que se viven al interior del IMI? ¿Qué pasa con las experiencias de maternidad, paternidad y parto de mujeres y hombres de bajos recursos y con gestaciones de alto riesgo atendidos por el Materno Infantil cuando saben que el futuro del hospital está en peligro y que, en cualquier momento, la garantía que tenían de la atención del parto y del recién nacido se puede perder? ¿Cómo se ven afectadas las y los trabajadores del equipo de salud con la crisis del hospital y cómo enfrentan la cotidianidad de atender gestaciones de alto riesgo en medio de las dificultades financieras personales y de la institución?

El trabajo de campo se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2005. Durante este tiempo se realizó observación participante en los siguientes servicios del hospital: consulta externa de pediatría y ginecología, hospitalizaciones de ginecología y alojamiento conjunto¹⁵, cuidados intermedios en neonatología, programa madre canguro y vacunación. La investigación fue aprobada por el comité de ética y de investigaciones del IMI y contó con consentimientos informados por parte de los y las participantes. Los investigadores Abadía y Navarrete llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con nueve familias y once trabajadores de distintas áreas del hospital.

206

LAS GESTACIONES DE ALTO RIESGO: LA ALEGRÍA DE LOS HIJOS Y LA GRATITUD CON EL HOSPITAL

*Entrevistador: Cuéntenos, ¿qué se siente al estar embarazada?
Entrevistada: Pues cuando uno desea un hijo, pues qué siente, pues alegría.*

De las nueve entrevistas, se realizó una con el núcleo familiar completo –mamá, papá y bebé–, otra con la madre y la abuela paterna, y en las siete restantes se entrevistó únicamente a las mujeres. Una de ellas era todavía gestante, mientras que las otras ocho ya habían tenido sus bebés. En cuanto a lugares de procedencia y sitios de remisión, señalamos la cobertura nacional del IMI y su importancia como centro de referencia para la atención de maternidad en alto riesgo. Cuatro gestantes habían nacido en Bogotá, dos en Casanare y las tres restantes se habían radicado en Bogotá en los últimos años, pero venían de Sucre, Cauca y Quindío. Todas las remisiones fueron de urgencias: dos del hospital de Yopal y las otras de áreas de Bogotá: de los hospitales de San Blas y Engativá; de los

15 En la estrategia de alojamiento conjunto se argumenta que madre y bebé deben permanecer juntos desde el nacimiento, en la misma cama, puesto que los bebés se mantienen calientes y lloran menos, la mamá aprende a reconocer las necesidades del bebé, se crean condiciones favorables para la lactancia y se favorecen las actividades de educación.

CAMI¹⁶ de Rafael Uribe, Santa Librada y Chapinero; y de la Clínica San Martín. Respecto al tipo de vinculación al sistema, se encontró que tres mujeres estaban vinculadas y las restantes pertenecían al régimen subsidiado.

La situación socioeconómica de las familias en general está determinada por el empleo informal o el desempleo, y por vivir en cuartos pequeños o con las familias de los suegros paternos. Las condiciones de las familias emigrantes a la capital son significativamente difíciles, aunque quienes han vivido toda la vida en la ciudad también reportaron muchas dificultades. Las mujeres provenientes de provincia reportaron situaciones un tanto mejores aunque igualmente caracterizadas por mucha pobreza.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL IMI

En lo referente a la atención que presta el IMI, las personas entrevistadas no sólo expresaron que ésta era de gran calidad en el ámbito de lo clínico, sino que resaltaron enfáticamente la calidad humana del equipo de salud, que se evidencia para los y las pacientes en términos de cariño y preocupación por el estado de salud de la madre y el bebé, paciencia en la atención y el suministro de información de manera clara, oportuna y verídica. En palabras de Paola, una de las pacientes:

Ella [la hija recién nacida] estuvo en el cuarto piso en intermedio tres y estaba en incubadora. Tuvo fototerapia y ella estaba ahí, y a mí me pareció que el servicio a ella estuvo bien. Había algunas enfermeras que son un poco regañonas, pero de todas maneras [v]i el servicio y los atienden muy bien, y le explican a uno también... El cuidado me pareció muy bien y las enfermeras y los doctores muy chéveres.

Otra mujer y su suegra narran lo siguiente:

Leidy (paciente): Me pareció muy buena la atención en este hospital, buena la alimentación, buenos los doctores.

Olga (suegra): ¡Ay! Esos doctores son muy tratables.

Leidy: ¿Cierto? Lo tratan a uno con amor, no como en otro lado.

Olga: Esas enfermeras, todas groseras.

Entrevistador: ¿En dónde le ha tocado así?

Leidy: En otros lados que uno sólo hace una pregunta y le contestan todo feo, acá no, acá no, muy bueno todo.

La calificación positiva de la atención en la institución y su personal está fuertemente relacionada con el referente histórico que las familias tienen del IMI, en el que reconocen una amplia experiencia en la prestación de un servi-

16 Centro de Atención Médica Inmediata.

cio especializado y donde han sido atendidas familiares o parientes durante algunas generaciones. Inclusive se tuvo el relato de una mujer cuya abuela había utilizado los servicios del materno hace veintiséis años:

Me dice que casi todo el mundo que ella conoce tenía sus hijos aquí porque era el único hospital bueno para maternidad y todas las personas pobres del sur de la ciudad llegaban ahí. Del momento en que tuvo su hijo recuerda que el hospital se encontraba lleno y con mucho más movimiento del que tiene actualmente.

De hecho, recuerda que cuando intentó tener su segundo hijo en este hospital, no fue posible pues estaba lleno.

IMPACTO DE LA CRISIS EN LAS EXPERIENCIAS DE GESTACIÓN

Con respecto al impacto de la crisis financiera y el posible cierre del IMI en el momento de la remisión, la llegada a la institución y su atención inicial, se preguntó al único hombre y a todas las mujeres entrevistadas acerca de la información que tenían al respecto y lo que sintieron. Las respuestas fueron de tres tipos: en el primero ignoraban la situación de crisis y, por tanto, no se preocuparon; en el segundo poseían diversos niveles de información sobre la crisis; en este sentido pensaban que si las habían remitido al IMI era porque el hospital estaba abierto y a otras les preocupaba más su estado de salud que la condición del hospital.

Entrevistador: Y a usted, cuando la trasladaron, ¿ya sabía que el hospital estaba con problemas económicos y esas cosas, ya había escuchado?

Amanda: Sí, lo del hospital sí..., yo he sabido del hospital, igual en la televisión también, dizque lo iban a cerrar...

Entrevistador: ¿Y ahí qué pensó cuando dijeron que lo iban a cerrar, pensó algo?

Amanda: No, en ese momento no pensé en eso del hospital. Pues dijeron que me iban a mandar al Materno y han dicho que era un hospital muy bueno, que era un hospital muy bueno, entonces me trajeron para acá.

El relato de Sandra es similar; a pesar de haber escuchado algunas noticias y comentarios sobre la crisis del hospital, cuenta cómo su ansiedad se disipó en la ambulancia cuando su tía y el auxiliar paramédico hablaron sobre el tema, y más aún cuando fue atendida.

Sandra: Pues yo no entré ahí en la polémica y eso pero, sí, sí lo hablamos. Cuando el muchacho de la ambulancia, no el que va manejando sino el que va atrás ahí con uno, nos dijo que ya habían llegado a un arreglo, que no sé qué... Igual, tranquila porque cuando llegué me di cuenta que todo como en su sitiecito: que te iban a hacer un monitoreo y te llevaban hasta allá, una ecografía y que en otra sala..., todo como tan chévere.

En estos dos grupos no se observó un impacto significativo de la crisis en el momento de la remisión y atención inicial.

El tercer grupo está representado por Milena y Javier –la única pareja entrevistada–, quienes relatan de forma extensa cómo sí les afectó los anuncios de cierre del hospital en los momentos de su llegada cuando ella se encontraba en trabajo de parto.

Entrevistador: ¿Qué opinan de la crisis del hospital? ¿Sí se habían enterado de eso?

Milena: Sí, que iban a cerrar el hospital. Yo [escuché] por las noticias..., uy no, a mí me dio miedo el día que llegué acá porque me trajeron en la ambulancia, me bajaron en una silla de ruedas y yo veía este hospital tan grande y yo decía “no me deje acá, por favor, yo me voy a morir acá del miedo, esto parece una casa de terror”. ¡Claro! Yo llegué y eso se veían esos pasillos desocupados y eso se veía oscuro y yo ahí, Dios mío. No, yo me puse a llorar y yo decía “no, por favor, este hospital es horrible, es malo, es malo, que me saquen de acá”... [claro] que a mi mamá la atendieron acá y ella decía que este hospital era bueno, entonces yo decía “no, ahorita con ese problema que tiene esto está malo, acá no hay doctores, no”, entonces yo pensaba miles de cosas.

Yo estaba asustada porque yo dije “qué tal me dejen morir mi bebé”, claro, porque me suben a la sala de (...). Había otra muchacha y yo, no habíamos más... Y esa sala apagada solamente prendían la bombillita de la cama... yo estaba asustada, yo sí dije “no, este hospital es malísimo”.

Ahí, ya, después del parto, ya pues empecé a ver gente, empecé a ver médicos, enfermeras. Yo dije: “Ah ya, ¡no está tan solo!” y habían hartas mamás, entonces ya se me quitó el susto. Entonces me dijeron que podía subir a ver el bebé..., y había hartica gente, y donde [los] tienen es bonito y todo, entonces yo dije: “Ahh no es tan feo”, entonces era por lo que era en el primer piso o por urgencias, entonces de pronto era que se veía así de feo.

El caso era que a mí siempre me habían dicho que este hospital era bueno, entonces, ¿por qué si es tan bueno me tenían que enviar a mí para acá? Yo pensé: “De pronto me habían mandado a mí para acá por lo que teníamos un nivel bajo”.

El fragmento anterior evidencia que existe un impacto de los anuncios de cierre en las experiencias de maternidad, que en el caso del IMI se minimiza por la calidad en la atención recibida y que, de alguna manera, contrasta con el decaimiento evidente de la estructura física. Esta y otras entrevistas sugieren que el legado histórico del hospital es un capital simbólico institucional¹⁷

17 Seguimos a Bourdieu en sus propuestas de estudio de campos y capitales (Bourdieu y Wacquant, 1995). En el caso del IMI, pensamos que en el campo de la salud, entra en el juego como capital institucional, y por tanto colectivo, de las percepciones que traen las personas y de sus prácticas (Bourdieu, 1977) frente a sus procesos de maternidad *en alto riesgo* y su llegada al Materno. Este capital está en tensión entre unos elementos históricos que lo fortalecen como institución que va a responder adecuadamente a las necesidades de las personas y los elementos coyunturales de la crisis que mezclan “información sobre la misma” con “estructura física precaria”. Según los relatos de los entrevistados, el IMI puede pensarse como un intermedio entre un capital simbólico y un capital social de los pobres.

que contrarresta el impacto de las posibles conexiones entre crisis financiera y mala calidad en la atención.

Un segundo momento interesante del relato es su percepción de institución en crisis debido al deterioro de la estructura física¹⁸, sin embargo, ninguna persona entrevistada mencionó fallas en el suministro de materiales, equipos o exámenes requeridos para la atención. En efecto, de las entrevistas con las y los trabajadores comprobamos que hacen recolectas para comprar insumos que puedan faltar –como jeringas, yelcos, pañales, toallas y algunos medicamentos– y para asegurar que a los pacientes nada les falte y la calidad de la atención no se vea comprometida. A pesar de que el estado físico de la infraestructura hospitalaria simbolice la crisis para Milena, en las entrevistas surge la historia y la calidad de la atención como elementos “terapéuticos” que dan confianza a las pacientes y sus familias, disminuyendo los niveles de ansiedad que los anuncios de cierre han causado.

Un tercer elemento para señalar en el relato de Milena es la vinculación que percibe entre la mala calidad en la atención y ser/tener un nivel socioeconómico bajo. Pensamos que la vulnerabilidad frente a la calidad de la atención en el país tiene raíces históricas en los referentes de la salud en Colombia, con puntos de encuentro entre la forma de concebir la salud como caridad pública, característica del siglo pasado, y las diferencias ciudadanas en salud según la situación de pobreza institucionalizadas con el modelo actual (Hernández Álvarez, 2002b). Observamos que la evaluación de la atención en salud está mediada por las expectativas que tengan las personas según su pertenencia social, que no depende tanto del tipo de vinculación al sistema como sí de los referentes históricos sobre cuál es la salud que esperan recibir según su clase social.

LAS Y LOS TRABAJADORES EN ALTO RIESGO: COMPROMISO, LEGADO Y NECESIDAD

Para abordar el impacto de la crisis del hospital en las y los trabajadores del equipo de salud y cómo enfrentan la cotidianidad de atender mujeres gestantes en alto riesgo en medio de las dificultades financieras personales y de la institución, se llevaron a cabo once entrevistas con trabajadores y trabajadoras con más de quince años de experiencia en el hospital: tres con enfermeras jefes,

¹⁸ Es importante señalar la paradoja existente entre la estructura física precaria que posee hoy día el hospital y la Ley 735 del 27 de febrero de 2002 que declaró al IMI y al HSJD como monumentos nacionales y a la Fundación San Juan de Dios como patrimonio cultural de la nación. Tal ley indica que el Estado colombiano –a través del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Cultura y el Ministerio de Educación Nacional– debe comprometerse con las obras de remodelación, restauración y conservación de estos monumentos, pero tal compromiso no se ha hecho efectivo a pesar de las demandas del hospital. Desde la expedición de este decreto, el Departamento de Salud Ocupacional ha solicitado a varios directores del hospital que se adelanten los trámites para conseguir la manutención de los predios, pero nunca se ha conseguido que el gobierno cumpla fielmente con este mandato.

dos con auxiliares de enfermería, tres con asistentes administrativos/secretaría, una con un auxiliar de mantenimiento y dos con médicos directores.

TRABAJAR EN EL IMI

Más de quince años de vida dedicados al trabajo en la institución generan un sentido de pertenencia y compromiso. La mayoría de las personas entrevistadas asocian el tiempo de trabajo con una experiencia de construcción de lazos afectivos. En los relatos es reiterativa la imagen del “IMI como familia”, en donde los más de setecientos empleados y empleadas se conocen. Al indagar si las relaciones dentro del equipo de salud y entre éste y los pacientes se habían visto afectadas por la crisis, la respuesta fue negativa. Por el contrario, los comentarios hacen referencia al fortalecimiento de lazos de solidaridad: “nos hemos unido más”. “Como que nos apoyamos más. ‘¿Qué le pasa?’, le pregunta a uno la jefe, ‘Que no tengo para el bus’. ‘Tome los mil pesitos’”, comenta una de las auxiliares. Dos entrevistados relataron que, al inicio de la crisis, algunas personas decayeron en su trato con las pacientes, pero que gracias a actividades de humanización y sensibilización, todo ha mejorado y esos problemas aislados ya no se presentan en la actualidad, como lo afirmaron las familias en las entrevistas.

En su mayoría, las personas entrevistadas consideran que los problemas en la institución empezaron con la Ley 100, cuando la exigencia de ser autosostenible se vio reflejada principalmente en la necesidad de facturar por todos los servicios. En general, las y los trabajadores piensan que la facturación, que demandó un aprendizaje de todo el equipo de salud, ayudó a organizar mejor los servicios y a no desperdiciar recursos en la atención. Sin embargo, también resaltaron que la lógica administrativa tiene un impacto ideológico y sus respuestas frente a esto fueron mixtas. Algunos piensan que la salud sí necesita de un ejercicio administrativo y gerencial como una empresa de prestación de servicios; pero, para otros, la crítica está en que el proceso de facturación prima sobre la misma prestación del servicio y lleva a ver la salud como negocio tanto en el trato hacia los pacientes como en el ambiente laboral. *Facturar*, que se inicia como un símbolo del ejercicio administrativo, transforma las prácticas ya que la forma como se presta la atención pasa de concebirse como un ejercicio caritativo a definirse como uno transaccional¹⁹.

19 Otros trabajos en hospitales públicos en Colombia señalan, igualmente, que la categoría analítica de institución como familia sufre transformaciones al iniciar las dinámicas asociadas con el mercado en salud (ver García, en prensa).

TÁCTICAS PARA SOBREVIVIR LA CRISIS ECONÓMICA

La crisis en el IMI se hace realmente evidente para los y las trabajadoras en el momento en que el pago de sus sueldos empieza a atrasarse. Esta crisis se empezó a sentir entre 1999 y 2000 –coincidiendo con el cierre del HSJD–, y hasta el momento en que se recolectaron los datos, a noviembre de 2005, se habían acumulado siete meses de salario sin pagar, así como retrasos en primas, prestaciones, cesantías y aportes a la seguridad social²⁰. Sin embargo, esta crisis económica afecta únicamente a las y los trabajadores cuyas nóminas dependen del hospital; en este sentido los médicos –directores o no– no han sentido el impacto económico de la crisis por cuanto sus salarios dependen de la Universidad Nacional.

Las y los trabajadores que devengan el salario del IMI recuerdan que el contrato con el ISS permitió en ese momento una negociación de la convención colectiva, con lo cual se logró un aumento sustancial del sueldo –36 por ciento para el primer año y 38 por ciento para el segundo–, a expensas de renunciar a derechos de convención, principalmente a la pensión a los veinte años. Hoy día, las personas entrevistadas consideran este hecho como positivo porque llevan seis años sin aumento salarial y, gracias al incremento logrado en esa época, sus sueldos no son tan bajos en comparación con el promedio actual²¹. Respecto a la administración, en términos generales, los y las trabajadoras piensan que los directores trataron de desempeñar su papel acertadamente y reconocen en la administración actual del doctor Odilio Méndez un compromiso fundamental, ya que su labor y presencia han evitado el cierre y mantenido con vida las esperanzas de un acuerdo²².

Para hacer frente a la crisis económica, los y las trabajadoras han ido implementando diversas “tácticas de supervivencia”, entre las que están tener

212

20 Durante el año 2006, la crisis del IMI se incrementó paulatinamente. A agosto de 2006, cuando enviamos este artículo para publicación, la deuda de salarios acumuló un año de retraso y los trabajadores y trabajadoras estaban en asamblea permanente en las instalaciones del hospital. El proceso de volver el IMI un anexo del Hospital de la Victoria ha sido conflictivo. La Victoria anunció que se necesitarán solamente 270 de los más de setecientos empleados aún en nómina –principalmente los del área clínica– y que serán contratados solamente si se organizan bajo la figura de cooperativas con contratos temporales. Para liquidar sus contratos se nombró a la liquidadora Ana Karenina Gauna Palencia, quien expresó que el Ministerio de Hacienda debería desembolsar el dinero, cumpliendo con los sesenta mil millones aprobados por las comisiones tercera y cuarta del Congreso de la República en 2005. La situación de zozobra laboral llegó a su punto más álgido cuando, a finales de agosto, un grupo de trabajadores hombres y mujeres bloqueó la entrada de funcionarios del Hospital de La Victoria, situación que originó un enfrentamiento con la fuerza pública, dejando como saldo diez personas heridas y demandas.

21 Para algunos, sin embargo, esta negociación incidió en la crisis ya que se aumentaron los gastos de nómina en los años siguientes.

22 Si bien se encontró un clima general de apoyo hacia la dirección actual, a tal punto que no existen divisiones marcadas, la cada vez más grave situación económica empieza a generar “malestar” frente a figuras de poder como el director o el sindicato.

“turnos” en otros hospitales, vender cosas dentro o fuera del hospital y reducir sus gastos cada vez más al mínimo. Frente a la pregunta “¿Por qué siguen trabajando en el IMI?”, la respuesta que prima es el amor a la institución y al trabajo. Al respecto, el análisis general de las entrevistas nos permite inferir que el hospital les brindó no sólo un espacio laboral, sino educativo y de crecimiento académico, además de ser un lugar donde muchos de ellos y ellas conocieron a sus parejas y tuvieron sus hijos. Para muchos, el IMI les permitió ayudar a familiares y amigos y contribuir al bienestar de muchos otros. Se sienten partícipes de la construcción y mantenimiento del hospital y de la labor social e histórica que han cumplido con el país. El ser un hospital de maternidad, un quehacer particular, nos indica que el compromiso laboral también está marcado por lazos emocionales fuertes derivados de esta especificidad. En palabras de una de las entrevistadas, “nosotros ayudamos a dar vida”.

De igual manera encontramos que la permanencia en este momento coyuntural está relacionada con una “confianza relativa” respecto a que el Estado está obligado a responder con sus compromisos contractuales. Sin embargo quedó claro que varios trabajadores y trabajadoras intentaron salir de la institución pero no han podido vincularse laboralmente ya que conseguir trabajo es difícil, y cuando hay ofertas, las condiciones son menos que mínimas para su experiencia, capacidad laboral y expectativas personales. Percibimos que los argumentos altruistas –amor a la institución y compromiso con el trabajo– son algo más frecuentes en cargos superiores –directivos, médicos, enfermeras jefes–, mientras que los argumentos de derechos laborales lo son en los cargos técnicos y auxiliares.

En conclusión, las múltiples tácticas de supervivencia económica y de fortalecimiento de vínculos emocionales con el trabajo, con el hospital, con los compañeros y compañeras de trabajo y con las pacientes, se perciben como un compromiso para mantener a la institución con vida. Así, la razón principal para continuar trabajando en el IMI es una mezcla de amor y compromiso con un trabajo de muchos años, y la esperanza de que se cumplan con los compromisos salariales y prestacionales que perderían si cambian de trabajo.

HISTORIA DE CONSTANZA

Con la historia de Constanza queremos resaltar la voz, muchas veces ignorada, de “los otros” que conforman el equipo de salud –diferentes al personal médico– y las vivencias que revelan la incidencia de la crisis en sus vidas.

Constanza tiene 35 años, un hijo y dos hijas de quince, trece y seis años respectivamente. A sus tres años, su padre abandonó el hogar llevándola consigo y separándola de su hermana y de su madre, por quien siempre sintió una gran nostalgia. Su padre la dejó al cuidado de una tía que ya tenía una familia y a la que nunca pudo acoplarse totalmente. Se reencontró con su mamá cuando

tenía quince años, justo cuando la relación con el esposo de su tía era imposible y la había botado de la casa. Consiguió estudiar dos años de bachillerato nocturno –sexto y séptimo– mientras vivió con su mamá y estudió secretariado por la mañana mientras acababa el bachillerato por la noche cuando se fue a vivir sola. Se casó con Jairo, un ex compañero del colegio a quien detestaba porque cuando lo conoció era “reloco”. Trabajó cuatro años como secretaria en una oficina de médicos hasta que le salió un cargo permanente en el IMI, cuando otra secretaria renunció, ya hace quince años. Para entonces Constanza estaba embarazada de su primer bebé, que nacería allí como sus dos hijas siguientes.

Debido a la crisis del hospital, que se profundizó desde 2001 cuando empezaron a demorar el pago de los sueldos, buscó trabajo sin éxito. Su primer intento de buscar un nuevo empleo fue en 2002 y su último intento en 2004, en unas vacaciones. Afortunadamente para Constanza, la época en la que su esposo comenzó a trabajar juicioso coincidió con la crisis económica en el hospital y la mayor carga económica de la casa pasó de ella a él, aunque nunca han tenido respiro en sus necesidades económicas. De su vida y de cómo ve la crisis del hospital nos cuenta:

214

Constanza: Yo siempre he querido que a mis hijos no les falte nada. Yo desafortunadamente tuve un papá irresponsable y él no me pagaba el colegio. E inclusive [tuve] un año donde a mí me tocaba pedir los zapatos prestados a una vecinita. Me tuvieron que sacar como dos veces de colegio porque mi papi no tenía con qué pagarme y eso me marcó muchísimo. Por ahí [a los] nueve años, tuve que pedir prestado para los cuadernos, pero no conseguí el uniforme completo, no conseguí los libros, entonces mi tía dijo ‘ya no más’ y me sacó de estudiar. Y yo ya iba como en abril. Y tal vez por eso es que yo (voz entrecortada) es que no quiero que mis hijos vivan nada de eso. Y para tenerlos ahorita en el colegio que los tengo me ha tocado muy duro. Porque yo por el niño mayor pago 120 y la otra niña también porque ya está en bachillerato y por la pequeñita, 105. Muy duro me ha tocado.

Yo recibí la retroactividad hasta hace tres años porque yo me pasé a la Ley 50, porque en ese tiempo nos garantizaban que nos consignaran las cesantías, y entonces yo con eso aseguraba las matrículas de mis hijos. Pero yo estoy ya, dos años que no nos consignan eso. [La primera crisis grande fue] hace como tres años, que fue cuando ya no tenía con qué matricular los niños, o sea, como lo más importante para mí es el estudio de los chicos. Entonces ya empecé a atrasarme en el colegio, no tenía con qué terminar de pagar ese año, no tenía con qué matricular.

Entrevistador: ¿Cuánto es su salario?

Constanza: El básico son 466..., 466 con las arandelas, que la antigüedad y todo eso, son más o menos unos 580. Pero de esos me descuentan en este momento 300 mil pesos de un préstamo que hicimos para una vivienda que a la final no se pudo comprar y perdimos plata y todo ahí. De esos 280, para yo poder matricular a mi niña, la más pequeña, el año pasado en marzo hice un préstamo en el banco y me descuentan 147, en-

tonces me quedan como 90 mil pesos, creo, porque como ahí deducen, yo recibo como 80 cada que pagan un sueldo acá y de eso tengo que pagar 50 de otro préstamo que me tocó hacer, ya ni recuerdo cuándo. Hace como dos años y medio tal vez. Entonces a mí me quedan como 30 mil pesos de sueldo. Entonces, ¿se puede imaginar? Por ejemplo, el viernes que íbamos a hacer la entrevista, me llamaron los niños que me cortaron el gas y lo cortaron. Yo salí corriendo pues para ir a hablar con el señor que no lo cortaran, que ya tenía lo del gas; pero no alcancé y me cortaron el gas, e imagínese los niños en la casa y sin tener en qué cocinar. Ellos se defienden, ellos hacen ya la comida y todo, pero sin gas si..., grave. Ahora toca, cuando llegue el otro recibo, 26 mil pesos de reconexión y pago ocho mil de gas.

Mi esposo, por ejemplo, de lo que él gana se paga el arriendo; tenemos otros dos préstamos por otro lado, porque es que eso es lo que ha sucedido, con eso de que aquí no nos paguen las primas de vacaciones que eso era, que nos recorten eso, la retroactividad recortada... Entonces, no, estamos endeudadísimos. Bendito sea Dios, pues de todas maneras se ha podido meter los niños a estudiar, pero ha sido muy duro. Inclusive este año para que la niña mayor entrara a estudiar, ella entró un mes después, la pequeña entró dos meses después.

Por querer hacer algo y mejorar esa situación he hecho muchas cosas, muchas. Intenté poner un negocio, me fui para Fontibón. Allá fue un descalabro terrible porque en sólo buses se nos iban ocho mil pesos. Y prácticamente nos tocaba era mendigar. Pero entonces decidí conseguir por acá cerca [del hospital]. Y estamos contentos, pagamos 300 de arriendo y los servicios son estrato 2 y es un conjunto bien y es cerquita al colegio y al trabajo.

Finalmente Constanza aclara que la crisis ha afectado a toda la familia; inclusive las niñas y su hijo adolescente no comen en el colegio porque no les alcanza a pagar el almuerzo, sólo llegan a almorzar a la casa a las cuatro de la tarde. Cuando hay para onces, su hijo e hija mayor se lo dan a la más pequeña. En la historia de vida de Constanza, la educación ha sido una parte muy importante y por eso la crisis del hospital en lo que más la ha afectado es en la dificultad de continuar dando a sus hijos una educación que ella considera adecuada, mejor que la que ella tuvo.

Si bien en momentos económicos desesperados, tanto Constanza como sus compañeras y compañeros han generado tácticas para sobrellevarlos, la capacidad individual de interactuar con y en la crisis hospitalaria se ve limitada por una situación estructural caracterizada por la ausencia de posibilidades y condiciones laborales, los costos del derecho a la educación en el país y las dificultades para acceder a bienestar.

UNA TEORÍA DE LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA A TRAVÉS DEL IMI

Las experiencias de trabajadoras, trabajadores y familias atendidas nos evidencian que la crisis de la salud pública, y particularmente la del IMI, se en-

cuentran *en alto riesgo* e impactan la vivencia de la maternidad y paternidad de las y los colombianos. Sin embargo, en este caso concreto, la crisis de la salud pública no ha afectado la calidad de la atención en maternidad sino que ha generado, aunque en pocos casos, una ansiedad en las familias frente a la atención de sus gestaciones de alto riesgo en una institución que, si bien tiene un legado histórico de calidad en servicios de maternidad para población pobre, se encuentra en crisis financiera. Siguiendo a dos de nuestros entrevistados, Milena y Javier, una institución “pobre y para pobres” en situación de crisis genera incertidumbres frente a las posibilidades de atención y supervivencia de la madre y del bebé.

Esta angustia, cabe resaltar, no hace parte de todas las experiencias de maternidad, y en las que hace parte rápidamente se disipa. Frente a la pregunta “¿Por qué no todas las personas tienen presente la crisis de los hospitales públicos, aun cuando hacen uso de sus servicios?”, no tenemos respuestas claras, pero vemos una mezcla entre un legado histórico de salud como caridad para los pobres y un abandono constante de discusiones y respuestas estatales frente a la salud pública, con la consecuencia de que las instituciones de salud o el sistema no alcanzan a ser asunto prioritario en la cotidianidad de la mayoría de las personas. Es decir, vemos una característica histórica en que la relación entre el proceso salud-enfermedad y las instituciones que prestan servicios en salud se da ocasionalmente y casi que exclusivamente en momentos de necesidad de atención –enfermedad o gestación, por ejemplo–; al no haber una relación cotidiana con los servicios de salud, no se establece un vínculo, a pesar de que las instituciones sean el punto de encuentro entre necesidades en salud y bienestar social. En contextos de marginalización extrema, las personas son vulnerables a los cambios en la ley y a las dinámicas del sistema, y más que ejercer acciones para entenderlo o transformarlo, lo que se generan son acciones de acoplamiento dentro de las diversas tácticas de supervivencia, en las cuales el poder es desigual.

Frente al interrogante “¿Qué hace que la angustia inicial de las familias se disipe?”, encontramos que el principal factor tiene que ver con el conocimiento previo que tienen las familias del hospital, la experiencia positiva de mujeres cercanas a ellas les otorga confianza y, posteriormente, la vivencia personal que la ratifica y elimina la angustia. En este sentido, la calidad y calidez del equipo de salud sirve como factor terapéutico a la angustia frente al posible impacto de la crisis, entendido como atención deficiente y los riesgos que se desprenden para la salud de las mujeres y sus hijos.

Paradójicamente encontramos que, hoy día, en tanto la angustia de las pacientes y sus familias se disipa, ésta crece constantemente en las y los trabajadores, de tal manera que individual y colectivamente, administrativos y clínicos –cada uno en forma diferente–, son ellos y sus familias quienes soportan la cri-

sis del hospital y, por extensión, la crisis de la salud pública con respecto a la maternidad en el país. En las experiencias de vida de las y los trabajadores, la crisis hospitalaria se ha visto reflejada en los retrasos salariales y prestacionales, con sus impactos deletéreos en la calidad de vida familiar. En este sentido, las experiencias de vida de las y los trabajadores y la forma como han enfrentado la crisis financiera nos remite a las discusiones recientes sobre los vínculos entre la agencia individual y los factores estructurales. Consideramos, como Farmer (2005), que no se puede exagerar la agencia individual, como varios estudios individualistas lo hacen, y que la violencia estructural no sólo estructura la experiencia sino que puede ser “estructurante” en la medida en que limita las posibilidades reales de acción e interacción con las estructuras (Farmer, 2004).

Sin embargo, a pesar de las afugias de las y los trabajadores, ellas y ellos son quienes sobrellevan la crisis hospitalaria que finalmente afectaría a las pacientes, haciéndole frente mediante varias tácticas y, principalmente, manteniendo unos parámetros de atención de alta competencia técnica y un gran compromiso humano. Concluimos, por tanto, que las y los trabajadores sirven de *buffer* de la crisis, atenuando sus impactos y su papel como factor adicional de sufrimiento y enfermedad en las ya difíciles condiciones de las gestaciones de alto riesgo. En esta historia identificamos y “escuchamos” a quienes han mantenido con vida el IMI como institución histórica para el país. Nos queda, sin embargo, una pregunta fundamental y es el significado de esta lucha y de la posible “pérdida” de esta institución para la salud pública en el país.

LOS HOSPITALES PÚBLICOS UNIVERSITARIOS Y LA SALUD PÚBLICA

Los estudios antropológicos sobre las instituciones en salud son limitados; sin embargo, un avance fundamental desde la antropología médica crítica ha sido el examen de las interacciones entre lo subjetivo y la economía política en salud (ver, por ejemplo, Bourgois, 1995; Das, 1995; Escobar, 1995; Farmer, 1999, 2003; Kleinman *et ál.*, 1997; Scheper-Hughes, 1992; Singer y Baer, 1995). Los abordajes fenomenológicos sobre las experiencias de malestar/dolor (Csordas, 1994; Good, 1994; Good y Good, 1994; Kleinman, 1988) y de las relaciones profesionales-pacientes (Good, 1995; Waitzkin, 1991) también han aportado elementos importantes para el análisis de la salud pública. Adicionalmente, estudios recientes apuntan a la importancia de analizar los sistemas y organismos de salud desde la economía política y dentro de la nueva fase del capitalismo (Farmer y Castro, 2004; Horton *et ál.*, 2001; Navarro, 2004; Rylko-Bauer y Farmer, 2002; Stocker *et ál.*, 1999; Weiss, 1997). Proponemos avanzar en este tipo de conceptualizaciones de los procesos salud-enfermedad desde una mirada de las ciencias sociales integrando las experiencias de pacientes, trabajadores/as y comunidades en sus

relaciones con las instituciones y los sistemas de salud, y con las políticas de desarrollo de los países. Sugerimos un modelo de estudio para los procesos de salud y enfermedad que tenga en cuenta múltiples interacciones entre: a) lo experiencial subjetivo e intersubjetivo, individual y colectivo, b) lo institucional, c) los sistemas de salud, y d) lo político visto desde la economía política.

En este artículo hemos enfatizado las experiencias de vida de las pacientes y de las y los trabajadores, ya que relatos, apreciaciones personales e historias de vida son herramientas metodológicas que nos permiten visualizar la incidencia de la crisis hospitalaria en las experiencias de salud y enfermedad, y en las relaciones entre el equipo de salud y los pacientes dentro del ámbito institucional. En la cotidianidad de la interacción entre los actores es donde el modelo de salud y las políticas públicas se materializan. Así, ante las dificultades se corre el riesgo de buscar las causas y explicaciones de la crisis en el ámbito de las fallas e interacciones humanas –por ejemplo, malas administraciones, malos manejos de los recursos, deficiente atención del público– y, generalmente, el análisis escapa de una visión estructural. Es decir, la investigación y análisis deben cubrir tanto lo sistémico e institucional, como lo vivencial de los sujetos.

218

Sin embargo, lo estructural no debe ser entendido como las dinámicas exclusivas que operan en el ambiente institucional, sino que abarca las relaciones sociales de sujetos e instituciones inmersas en procesos históricos y de economía política específicos. Cuando esta estructura mantiene y profundiza desigualdades sociales, crea o aumenta el sufrimiento humano y consolida procesos de violencia estructural. En este sentido, argumentamos que la crisis hospitalaria es un nuevo factor de violencia estructural, en la cual la historia de la salud pública en el país y los cambios a nivel legislativo se articulan con una economía política que busca el beneficio del capital privado a expensas de las necesidades en salud de la población (Huertas, 1998; Vega, 2005) y que va en detrimento de las condiciones de vida de los equipos de salud, como lo expresan los relatos de Constanza y de los otros trabajadores y trabajadoras.

Teniendo en cuenta lo anterior, abordaremos la crisis de la salud pública en el IMI en tres niveles:

1. El IMI es el equipo de salud

La trayectoria histórica del IMI no podría ser valorada en su justa medida sin tener en cuenta las personas que han hecho parte de ella. Dinámicas individuales, familiares y laborales desde servicios técnicos, asistenciales y administrativos, hasta labores gerenciales y de apoyo, han hecho posible que el trabajo médico especializado en ginecología y neonatología, la parte visible de la institución, se haya posicionado a escala nacional e internacional. A

lo largo de los años, sujetos individuales y colectivos han ido estructurando una ideología del proceso salud-enfermedad alrededor de la maternidad y el parto, no sólo mediante acciones médicas especializadas, sino con un compromiso con el bienestar de la familia, que incluye atención con altos niveles de humanismo y la necesidad de abordar los condicionantes sociales de la salud. Esto explica que, ante la crisis económica, el IMI ha mantenido una atención idónea gracias al compromiso de las y los trabajadores y su nuevo papel como *buffer*. En esta investigación rescatamos que lo invisible, las vivencias del equipo de salud, son lo protagónico en esta lucha. Por tanto, nos alejamos de una visión instrumentalista sobre los trabajadores, en la cual, sin importar quién es la o el trabajador, la institución debe funcionar siempre de la misma forma. Por el contrario, pensamos que, como en el IMI, los trabajadores son el fundamento de lo que es la institución.

2. El IMI como hospital público universitario

Una evidencia de la crisis de la salud es el cierre de los hospitales públicos, gran parte de ellos de carácter universitario. ¿Qué pierde el país con el cierre de un hospital de este carácter, como el IMI? Además de las actividades en docencia e investigación y de ser un centro especializado de gestaciones de alto riesgo con características únicas en el país (Gaitán, 2005), el análisis de los datos sugiere que una tradición en atención en salud profundamente humanista y social está en riesgo de desaparecer. Por un lado, el carácter particular del IMI en su atención de maternidad y nacimiento asocian la salud con el inicio del proceso de la vida. En segunda medida, el hecho de que la población atendida sea vulnerable socioeconómicamente ha generado la implementación de estrategias de atención realmente integrales que respondan a una serie de necesidades que escapan de las esferas médicas. Ayudas económicas, soporte emocional, respeto por la diferencia y, en últimas, la legitimación técnica y política de los vínculos entre la clase social y los procesos salud-enfermedad, en la medida en que se ofrece una atención diferenciada según las necesidades, pero en la cual la clase social no irrumpe como estructura estigmatizante o desmerecedora de atención²³. Por último y como resultado de lo an-

23 Para las y los trabajadores del IMI, la clase social no es un condicionante para recibir atención de menor o peor calidad, pero sí un factor importante en la vida de las personas que los hacen más o menos vulnerables a enfermarse y recuperarse. Por lo tanto, se ven acciones que buscan atender a diferentes aspectos de la vida para lograr el mejor bienestar posible en el paso por el hospital. Esto contrasta con el abordaje del sistema actual, en el cual la atención sigue un parámetro de acceso a mínimos según la capacidad de pago, y todas las necesidades no contempladas en los protocolos clínicos incluidos en las guías de atención –MAPIPOS– escapan de las acciones de salud ofrecidas por los equipos de salud o las instituciones.

terior, la capacidad de pago no puede ser vista como una limitante en la atención sino, por el contrario, como un factor de vulnerabilidad que necesita acciones por parte del equipo de salud para garantizar los mejores resultados de las actividades médicas.

Si bien han surgido nuevas propuestas de hospitales universitarios, vemos con preocupación que estos hacen parte de las mismas aseguradoras privadas que afilian pacientes. A lo anterior se suma que los actuales protocolos de atención clínica no obedecen a estudios académicos independientes, sino a redes de cooptación del capital financiero privado en salud en la medicina basada en la evidencia (Abramson, 2005; Angell, 2005; Smith, 2005). Al respecto de la nueva educación en salud en el país nos asaltan dos dudas: 1) ¿qué tipo de conocimientos, educación y formación de nuevos profesionales se generarán en dichos centros?, 2) ¿quiénes serán sus beneficiarios, sabiendo que la influencia de los mercados en la investigación biomédica busca avanzar el posicionamiento de productos farmacológicos y biotecnológicos más rentables pero no necesariamente los más necesarios para contextos de pobreza y desigualdad como el colombiano?

Como conclusión vemos una amenaza a los procesos de formación profesional y de investigación, con un desplazamiento de modelos en salud colectiva y medicina social para un diseño planteado estrictamente en protocolos que cumplen con los términos del aseguramiento y la rentabilidad.

3. Salud pública, economía política y ajuste estructural

La OMS consideraba que las personas tienen el derecho natural a la salud y a la longevidad y que la salud pública era la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud (Blanco Restrepo y Maya Mejía, 1997). Desde finales de la década de 1980, el cuestionamiento al estado de bienestar lleva a la formulación e implementación de políticas de corte neoliberal, y recientemente se ve con preocupación que la OMS se ha plegado a los intereses del capital privado desconociendo sus orígenes como institución de las Naciones Unidas que debería velar por el bienestar de todas las poblaciones (Navarro, 2000, 2004). En salud, como en otros ámbitos, las políticas de ajuste estructural se establecieron y empezaron a imponer como la fórmula que los diferentes países debían implementar para, en primera instancia, intentar cumplir con los deseos nunca alcanzados de “desarrollo” y, posteriormente, como estrategia para entrar en la dinámica de las economías globales (Escobar, 2005; Kim *et al.*, 2000; Tavares, 1999). La propuesta de Estado mínimo necesitaba transformar los sistemas de salud para reducir costos. El Banco Mundial y un equipo técnico desarrollaron estrategias para me-

dir la salud dentro de la perspectiva del riesgo, separando así las acciones costo-efectivas que serían suministradas por el Estado –salud pública– de las acciones no costo-efectivas que deberían depender de la capacidad individual de compra a través de seguros médicos privados o subsidiados –salud individual– (Londoño y Frenk, 1997; World Bank, 1993).

En esta transición, implementada en Colombia bajo el marco de la Ley 100, vemos que los fines de la salud pública han migrado de acciones integrales que cobijaban la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención según niveles de complejidad, a planes y programas de cobertura amplia y bajo costo conocidos actualmente como el Plan de Atención Básica, PAB. La fractura fundamental que vemos reflejada es que las acciones de atención a la enfermedad y rehabilitación se asumen bajo la lógica del riesgo individual de enfermarse, entendido como eventos que no hacen parte del interés colectivo o competencia estatal²⁴.

En este nuevo ordenamiento es lógico ver que hospitales públicos, como el IMI, dejen de ser prioritarios para el Estado a pesar de ser fundamentales para cumplir con las metas del milenio (Gaitán, 2005), y que para ajustarse a los nuevos parámetros del mercado se vean obligados a abandonar acciones que fundamentaban su principio como instituciones de salud integral, para convertirse en instituciones que deben realizar únicamente las acciones cubiertas por los nuevos seguros médicos privados o subsidiados. Sin embargo, por orden constitucional, las gestantes y los menores de un año deben tener atención integral, lo cual ha generado para el IMI múltiples posibilidades de interacción administrativa con el sistema. Vemos que las dificultades legales del IMI –de pasar de ser fundación privada a ser parte de la beneficencia– de interactuar con las aseguradoras y sus planes y cumplir con el principio constitucional de atención integral han sido sorteadas eficientemente por parte de las administraciones, asegurando contratos que le permiten al hospital ser viable.

No obstante, según los datos, el Estado, al demorar los pagos o no cancelar sus deudas por la atención prestada, y al no cumplir con su deber de solucionar efectivamente los problemas administrativos nombrando interventorías que profundizaron el problema económico en un momento estratégico y que llevaron a que se acumulara una deuda significativa, ha generado una competencia desleal entre instituciones públicas y privadas y entre las mismas instituciones públicas, y, finalmente, no ha destinado los recursos que por ley

24 Adicionalmente, la atención individual se fragmenta en la medida que el seguro universal sólo cubre unos mínimos indicados en el Plan Obligatorio de Salud, POS, para el régimen contributivo y su versión aún más limitada para el régimen subsidiado, dejando las otras actividades de atención a la enfermedad en el poder individual de compra.

le corresponden para recuperar las instalaciones como patrimonio histórico nacional. Entonces, lo que está en entredicho no es la cuestionada viabilidad financiera o los problemas técnicos o administrativos del IMI y los otros hospitales públicos, ya que estos podrían subsistir adecuadamente inclusive dentro del sistema de aseguramiento. Lo que se vislumbra es un debate político en cuanto al interés o no de mantener redes de salud públicas.

El contexto colombiano, con niveles de pobreza del 60 por ciento según cifras oficiales y una brecha social cada vez más amplia, cuestiona la validez de un sistema de aseguramiento individual en el cual las personas no pueden comprar sus seguros, y nos sugiere que hospitales públicos articulados con redes de medicina social, familiar y comunitaria, donde el pago o el seguro no sean un condicionante del acceso o la calidad de los servicios serían un modelo adecuado.

De los relatos de las y los trabajadores y su actual transición a formar parte del Hospital de la Victoria se empieza a perfilar otro aspecto que visibiliza cómo acciones políticas y legislativas tienen relación con paradigmas del “desarrollo” específicos. La transición hacia modelos pensados alrededor de la rentabilidad y la privatización, que no es exclusiva de la salud, necesita eliminar las garantías laborales y contractuales del trabajo formal, ligado a relaciones patronales, para darle paso al trabajo precarizado o atípico –desregulado y flexible– de los modelos neoliberales (Antunes, 2005, 2006; Cuenca, 2000). En efecto, las nuevas formas de contratación se darán a través de cooperativas, con vinculación temporal, sin beneficios de convención y por producto.

Finalmente esto nos sugiere que, dentro del marco de la economía política neoliberal en salud, el interés es aumentar la rentabilidad de las empresas con ánimo de lucro gracias a un modelo que les permite bajos gastos en atención a los “usuarios/clientes” y en contratación de personal, y altos ingresos. En estos procesos de consolidación neoliberal, es importante diferenciar el papel y el poder que ostentan los diferentes sujetos. Para este caso particular, el ministro de Hacienda, el ministro de Protección Social y el gobernador de Cundinamarca, entre otros, aparecen como facilitadores de esta consolidación del modelo con su negación a pagar por los servicios prestados o anuncios de liquidación, mientras que las y los trabajadores y el Procurador son algunos de los agentes de resistencia. ■



Herodes gobernador 2006
Caricatura del doctor Raúl Sastre

AGRADECIMIENTOS

A las familias que participaron de la investigación, a las trabajadoras y los trabajadores por permitirnos ser parte de este proceso y compartir sus vivencias y su lucha y a la doctora Yolanda Cifuentes por su lectura atenta del manuscrito.

REFERENCIAS

Abadía-Barrero, César Ernesto

2004 "Políticas y sujetos del SIDA en Brasil y Colombia", en *Revista Colombiana de Antropología*, 40, pp. 123-154.

Abramson, John

2005 *Overdo\$ed America: The Broken Promise of American Medicine*, New York, Harper Perennial.

Ahumada, Consuelo

2002a "La globalización y su impacto sobre la salud", en Saúl Franco Agudelo (ed.), *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*, pp. 19-34, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Ahumada, Consuelo

2002b "La penuria de la salud pública", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, No. 3, pp. 47-56.

Angell, Marcia

2005 *The Truth About Drug Companies: How They Deceive Us and What To Do About It*, New York, Random House.

Antunes, Ricardo

2005 *Los sentidos del trabajo: ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*, Buenos Aires, Herramienta ediciones, Taller de Estudios Laborales.

Antunes, Ricardo

2006 "El caracol y su concha: ensayo sobre la nueva morfología del trabajo", en *Herramienta*, No. 31.

Blanco Restrepo, Jorge Humberto y José María Maya Mejía (eds.)

1997 *Fundamentos de salud pública*, Tomo I, Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas.

Bourdieu, Pierre

1977 *Outline of a Theory of Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.

Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant

1995 *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo.

Bourgois, Philippe

1995 *In Search of Respect. Selling Crack in El Barrio*, Cambridge, Cambridge University Press.

Csordas, Thomas (ed.)

1994 *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press.

Cuenca, Adriana

2000 "Desigualdad social, trabajo y protección social", en Inés Cortazzo y Cecilia Moise (eds.), *Estado, salud, y desocupación. De la vulnerabilidad a la exclusión*, pp. 55-86, Buenos Aires, Gráficas MPS.

Das, Veena

1995 *Critical Events. An Anthropological Perspective on Contemporary India*, New Delhi, Oxford University Press.

De Currea Lugo, Víctor

2003 *El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones*, Bogotá, ILSA.

Escobar, Arturo

1995 *Encountering Development. The Making and Unmaking of the Third World*, Princeton, Princeton University Press.

Escobar, Arturo

2005 *Más allá del tercer mundo. Globalización y diferencia*, Bogotá, ICANH.

Farmer, Paul

1999 *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press.

Farmer, Paul

2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Farmer, Paul

2004 "An Anthropology of Structural Violence", en *Current Anthropology*, Vol. 45, No. 3, pp. 305-326.

Farmer, Paul

2005 "The Banality of Agency: Bridging Personal Narrative and Political Economy", en *Anthropological Quarterly*, Vol. 78, No. 1, pp. 125-135.

Farmer, Paul y Arachu Castro

2004 "Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba", en Arachu Castro y Merrill Singer (eds.), *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*, pp. 3-28, Walnut Creek, Altamira Press.

Franco Agudelo, Saúl

2003 "Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, No. 4, pp. 59-69.

Gaitán, Hernando

2005 "El Instituto Materno Infantil y los planes de reducción de la mortalidad materna: un reto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud", en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 56, No. 2, pp. 113-115.

García, C.

(en prensa) "El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores". *Universitas Psychologica*.

Good, Byron J.

1994 *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, New York, Melbourne, Cambridge University Press.

Good, Byron J. y Mary-Jo DelVecchio Good

1994 "In the Subjunctive Mode: Epilepsy Narratives in Turkey", en *Social Science & Medicine*, Vol. 38, No. 6, pp. 835-842.

Good, Mary-Jo DelVecchio

1995 *American Medicine: The Quest for Competence*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Hernández Álvarez, Mario

2002a "El debate sobre la Ley 100 de 1993: antes, durante y después", en Saúl Franco Agudelo (ed.), *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*, pp. 463-479, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Hernández Álvarez, Mario

2002b "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia", en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 18, No. 4, pp. 991-1001.

Horton, Sara, Joanne McCloskey, Caroline Todd y Marta Henriksen

2001 "Transforming the Safety Net: Responses to Medicaid Managed Care in Rural and Urban New Mexico", en *American Anthropologist*, Vol. 103, No. 3.

Huertas, Rafael

1998 *Neoliberalismo y políticas de salud*, Barcelona, El Viejo Topo.

Jaramillo, Iván

1999 *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después*, 4ª edición, Bogotá, Fescol, FES, FRB, Fundación Corona.

Kim, Jim Yong, Joyce V. Millen, Alec Irwin y John Gershman (eds.)

2000 *Dying for Growth. Global Inequality and the Health of the Poor*, Monroe (Maine), Common Courage Press.

Kleinman, Arthur

1988 *The Illness Narratives*, USA, Basic Books, Inc.

Kleinman, Arthur, Veena Das y Margaret Lock (eds.)

1997 *Social Suffering*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.

Londoño, Juan Luis

2002 "¿Qué sigue después de la Ley 100?", en Saúl Franco Agudelo (ed.), *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*, pp. 435-446, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

Londoño, Juan Luis y Julio Frenk

1997 "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America", en *Health Policy*, No. 41, 1-36.

Navarro, Vicente

2000 "Assessment of the World Health Report", en *The Lancet*, Vol. 356, No. 9241, pp. 1598-1601.

Navarro, Vicente

2004 "The World Situation and the WHO", en *The Lancet*, Vol. 363, pp. 1321-1323.

Organización Panamericana de la Salud, ops

2002a *La organización panamericana de la salud y el estado colombiano: cien años de historia 1902-2002*, Bogotá, ops.

Organización Panamericana de la Salud, ops

2002b *Perfil del sistema de servicios de salud de Colombia*, Bogotá, ops.

Rylko-Bauer, Barbara y Paul Farmer

2002 "Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine", en *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 16, No. 4, pp. 476-502.

Scheper-Hughes, Nancy

1992 *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.

Singer, Merrill y Hans Baer

1995 *Critical Medical Anthropology*, Amityville, Baywood Publishing Company, Inc.

Smith, Richard

2005 "Medical Journals are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies", en *PLOS Med*, Vol. 2, No. 5, e138.

226

Sociedad Internacional por la Equidad en Salud

2006 *Equidad y reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el periodo 1995-2005*. Toronto.

Stocker, Karen, Howard Waitzkin y Celia Iriart

1999 "The Exportation of Managed Care to Latin America", en *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, No. 14, pp. 1131-1136.

Tavares Ribeiro Soares, Laura

1999 *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*, Rio de Janeiro, UFRJ.

The World Bank

1993 *World Development Report 1993. Investing in Health*, New York, Oxford University Press.

Torres, Mauricio

2003 "Avanza la privatización de la salud", en *Le Monde diplomatique*, pp. 4-5.

United Nations Development Programme, UNDP

2005 *Human Development Report 2005*, New York, UNDP.

UNICEF

2006 *Informe sobre el estado mundial de la infancia*, Geneve, UNICEF.

Vega, Renán

2005 *Los economistas neoliberales: nuevos criminales de guerra. El genocidio económico y social del capitalismo*, Venezuela, Centro Bolivariano.

Waitzkin, Howard

1991 *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems*, New Haven, Yale University Press.

Weiss, Lawrence D.

1997 *Private Medicine and Public Health: Profits, Politics, and Prejudice in the American Health Care Enterprise*, Cumnor Hill, Westview Press.