

ENTRE EL FORTALECIMIENTO ECONÓMICO Y EL CUIDADO DE LA FUERZA PRODUCTIVA: UNA MIRADA HISTÓRICA DE SALUD***BETWEEN THE ECONOMIC STRENGTHEN AND THE PRODUCTIVE POWER CARE: A HISTORICAL VIEW OF HEALTH**

Claudio Merino Jara¹
claudio.merino@ulagos.cl
Universidad de Los Lagos
Puerto Montt, Chile

RESUMEN

El siguiente trabajo tiene como propósito analizar sumariamente la relación que existe entre la implementación de políticas sanitarias y el fortalecimiento económico en el contexto de la emergencia del capitalismo. A través de una mirada histórica de la salud social, se problematiza sumariamente, la seguridad social-sanitaria de la población como condición táctica estratégica para avanzar en la senda del progreso e industrialización. Considerando la necesidad estatal de fortalecer el crecimiento de la población, el mantenimiento de la fuerza productiva y su vitalidad, materializadas en el cuerpo/capital humano, las principales conclusiones permiten comprender el estrecho vínculo que existe entre la salud pública y el resguardo de los intereses privados, develando fronteras difusas entre aquello considerado público asociado al Estado y las necesidades privadas relativas al mercado.

Palabras claves: capital humano, capitalismo, conferencias internacionales, salud pública.

ABSTRACT

The following study aims on analyzing briefly the relationship between the implementation of sanitary policies and the economic strengthen in the context of the emergence of capitalism. Through a historical view of the social health, it is briefly problematized, the sanitary social security of the population as a strategic tactical condition to move towards progress and industrialization. Considering the state need to empower the population growth, the maintenance of the productive power and its vitality, materialized in the human capital, the main conclusions allow to understand the close link between the public health and the care of private interests, unveiling diffuse borders between what is considered public associated with the State and the private needs related to the market.

Key words: Human capital, Capitalism, international conferences, public health.

* Artículo recibido el 13 de mayo de 2016; aceptado el 29 de septiembre de 2016.

¹ Doctor en Ciencias Humanas, académico del Departamento de Salud, Universidad de Los Lagos.

Introducción

Después de la herencia, el ambiente físico y social que rodea al hombre es el principal responsable de sus enfermedades, y que nuestros esfuerzos como médicos tienden a reajustarlo a su ambiente propio, del cual ha sido separado como consecuencia de la enfermedad (Sigerist, 1981, p. 11).

El debate entre Estado y mercado ha sido fructífero en el marco de las políticas sociales y las tensiones que existen entre el desarrollo de una sociedad que garantiza derechos sociales y aquella que satisface sus necesidades básicas, amparada en la capacidad económica del sujeto. Este artículo intenta desmitificar la separación artificial entre las prácticas de orientación pública y privada, señalando que las acciones orientadas a garantizar ciertos marcos de derechos sociales surgen para minimizar las contradicciones que el mercado genera a través de externalidades negativas propias de su dinámica de producción y explotación de recursos, entre ellos del capital humano.

El nacimiento de la medicina social como una estrategia clave para mantener, preservar y fortalecer la mano de obra en el contexto de la Revolución Industrial, ilustra de cierta forma, como la ciencia del cuidado y de la salud, se conecta a la necesidad de intervenir los espacios urbanos y morigerar-controlar la proliferación de enfermedades como práctica de ejercicio soberano. La emergente expansión económica requerirá de políticas públicas de salud globales y locales para fortalecer las relaciones de intercambio en el horizonte de las complejas relaciones internacionales. La salud de los territorios y de sus vías de conectividad constituirán un factor estratégico clave para fortalecer las relaciones económicas de intercambio: La conectividad fluvial a través de puertos favorecerá el desarrollo de las relaciones de cooperación sanitaria internacional y permitirá desarrollar un conjunto de actividades diplomáticas para regular las reglas del juego internacional que, mediante pretexto de conferencias internacionales de salud, conjugarán el imbricado difuso y tenue que divide la esfera pública-privada.

De la mano del capital humano, capital brazo o capital intelectual se avanzará en el progreso local y global del crecimiento económico, al mismo tiempo, las políticas sanitarias internacionales y nacionales, fortalecerán la ciencia del cuidado potenciando la vida, es decir, su proliferación y vitalidad productiva, armonizando la compleja intersección entre las prácticas extractivas y desarrollo.

El fortalecimiento de la salud como correlato de la transición hacia el capitalismo

La relación entre problemas sociales y salud ha acompañado el debate en el diseño de políticas públicas, integra los pilares que determinan la implementación de los sistemas de salud en los diversos países, independiente de su nivel de desarrollo y sistema de organización político-social. Este debate se agudizó durante la Revolución Industrial producto de las externalidades negativas derivadas de un marco legal precario respecto del resguardo de garantías básicas para proteger la seguridad de los trabajadores y la necesidad de mantener mano de obra mínimamente saludable y productiva. La migración campo-ciudad que acompañó este proceso, el incremento de la densidad poblacional y las edificaciones precarias que se crearon alrededor de las industrias, favorecieron la proliferación de enfermedades infecciosas debido a la precariedad higiénica de las ciudades. En respuesta a estos problemas sanitarios proliferaron

manifestaciones de la clase obrera, quienes demandaban mejores condiciones laborales, incremento y regularización de sus remuneraciones y la obtención de beneficios sociales en materia de seguridad social. Desde la elite político-económica, este problema se tradujo en una debilidad que afectaba la seguridad, la cohesión interna del Estado y una merma importante para la producción.

Los problemas de salud de la población constituían un obstáculo relevante para lograr el progreso de las naciones, no obstante, la ideología dominante que sustentaba el ordenamiento social y económico, en el marco del liberalismo, contemplaba los problemas de salud de índole privado, razón por la cual el Estado no intervenía significativamente en su solución. Además del individuo y la familia, el cuidado de salud principalmente era realizado por instituciones filantrópico-caritativas o por el grupo familiar, quienes directamente cancelaban la prestación al médico de familia, curanderos, parteras, u otro agente sanitario. El Estado realizaba intervenciones incipientes en materia de salubridad urbana, su rol principal estaba relegado al mantenimiento de la seguridad nacional. Como señala Viel (1964) la emergencia de la salud estatal en el contexto de la revolución industrial se fundamentó en el mantenimiento de la fuerza productiva, el incremento de la densidad poblacional, los crecientes costos de las prestaciones de salud y los bajos salarios, los cuales, producto de la ausencia de una entidad garante de derechos se expresó socialmente en altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad de la madre y mortalidad general, fenómeno que tenía como causa principal la ausencia de derechos sociales y de seguridad social.

El nacimiento de una nueva clase proletaria, poderosa en conjunto con su enorme poder de producción y de consumo, pero tan pobre individualmente que resultaba imposibilitada de cancelar el costo de una atención médica más y más cara, tuvo que dar origen a una forma de atención médica que reemplazara la caridad, base de la atención médica de la sociedad agrícola comercial. El Estado, que en la sociedad anterior se había mantenido en la esfera de la prevención por medio de la higiene y las medidas de salud pública, hubo de ser llamado para intervenir en la atención directa del individuo enfermo que antes absorbió íntegramente la caridad privada (Viel, 1964, p. 26).

El problema de la escasez de mano de obra y el debilitamiento de la fuerza productiva, era considerado una amenaza para la expansión del imperialismo económico que durante las primeras décadas del siglo XIX comienza a incrementar. Las relaciones de intercambio a través de las importaciones y exportaciones constituían un catalizador gravitante para el progreso de las naciones; la presencia de enfermedades, así como los problemas económico-políticos, afectaban la producción nacional, obstaculizando el progreso económico y el abastecimiento de los bienes básicos para el desarrollo. En este horizonte, los puertos constituían un espacio de intercambio estratégico para la emergente economía global, sin embargo, la heterogeneidad territorial, las desigualdades entre países, así como el marco de seguridad social que

sustentaba cada sociedad, mermaban su expansión estratégica, principalmente por la presencia de enfermedades de alta letalidad como el cólera, la peste bubónica y fiebre amarilla. Enfermedades derivadas de la precariedad de garantías sociales asociadas a la higiene de las ciudades: acceso a agua no contaminada, sistema de eliminación de desechos, inmunización y control de vectores.

En el contexto global, la apertura de los mercados fue de la mano de la relativa coordinación internacional, orientando sus esfuerzos a la prevención de enfermedades, especialmente después de las epidemias de cólera que afectaron Europa en 1848, desplegándose cordones de seguridad sanitaria, decretos de cuarentena para resguardar la seguridad marítima, al identificar los puertos como lugar de contagio y propagación de las enfermedades. Al levantarse cuarentenas sanitarias portuarias sin una regulación, en otros ámbitos más que el territorio afectado, se interrumpía el intercambio comercial, generando problemas en el resguardo de la integridad de los productos, como el abastecimiento de las ciudades y el bloqueo comercial en las zonas consideradas en riesgo. La dificultad económica derivada del "bloqueo de los territorios enfermos" generó conflictos de intereses entre aquellos Estados que consideraban perjudicial para su política comercial la imposibilidad de desembarcar sus productos en aquellos puertos afectados, por otra parte, los Estados que tenían una visión más aséptica del territorio se consideraban en riesgo ante eventuales brotes de contagio. Los problemas asociados a la ineficacia del control marítimo ligado a la falsificación de documentos, tráfico de mercancías y la procedencia poco confiable de los barcos, requería de una mayor coordinación de un sistema de regulación internacional. Considerando estos factores, una serie de conferencias en temáticas de salud se realizaron entre 1851 y 1920², enfatizando el control de enfermedades como el cólera, la peste bubónica y fiebre amarilla, bajo esa dinámica, la primera conferencia sanitaria internacional realizada en París tenía como foco lograr regulación internacional respecto del intercambio comercial portuario y analizar el origen y contagio de las principales epidemias (Barona y Bernabeu-Mestre, 2008).

Los intereses sanitarios y estratégicos de los países participantes en la primera conferencia, celebrada en París en 1851, eran muy diversos, pero todos ellos compartían el objetivo de lograr que las cuarentenas y otras restricciones sanitarias de la misma índole fueran establecidas mediante acuerdos internacionales, a fin de reducir los inconvenientes derivados de iniciativas muy dispares en cada Estado y de su uso político frente a las rivalidades comerciales (Barona, Bernabeu-Mestre, 2008, p. 27).

Estas Conferencias internacionales, tuvieron su homólogo en el continente americano, celebrando la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Washington durante los días 2 al 5 de diciembre de 1902, su objetivo detallar prescripciones ante la presencia de cólera, peste bubónica y fiebre amarilla. Durante 1902 y 1911 se realizaron

² Según Barona y Bernabeu-Mestre (2008) las conferencias internacionales ligadas a temas de salud y organizadas antes de la creación de la Sociedad de Naciones, tuvieron lugar en: 1851 París, 1866 Constantinopla, 1874 Viena, 1881 Washington, 1885 Roma, 1892 Venecia, 1893 Dresde, 1894 París, 1897 Venecia, 1903-1911 París, 1920 Londres.

una serie de encuentros vinculados a temáticas de salud, lo cual, favoreció un marco internacional propicio para iniciar el desarrollo de políticas sociales con fuerte presencia estatal en la región, cabe destacar que los nombres de los encuentros internacionales no se mantienen homogéneos evidenciando los procesos políticos derivados de su puesta en marcha. Por ejemplo, la segunda Convención sanitaria Internacional se celebró en Washington, durante el 9 al 14 de octubre de 1905; la segunda Conferencia Internacional Americana en México, entre el 22 de octubre de 1901 al 22 de enero 1902; la tercera Convención sanitaria internacional en México, entre los días 2 al 7 de diciembre de 1907, en ella, se detallan medidas encaminadas a lograr el saneamiento de las ciudades con especial interés en los Puertos, además establece normas para cada país, comprometiendo la conformación de una comisión sanitaria internacional informadora, compuesta de tres autoridades por país, bajo la dirección de la Oficina sanitaria internacional de Washington, con atribuciones para reunir e informar datos referente de salud pública. Esta información constituía insumos para la toma de decisiones para las oficinas sanitarias internacionales de Washington, París y Montevideo (la cual se abastecía de los datos sanitarios de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay); La tercera Conferencia Internacional Panamericana, se celebró en Río de Janeiro en agosto de 1906. La cuarta Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se realiza en San José de Costa Rica, durante el 25 de Diciembre de 1909 al 08 de enero de 1910. Cabe destacar la cuarta Conferencia Panamericana de Buenos Aires en 1910 y la quinta Conferencia sanitaria Internacional Americana realizada en Chile en 1911, en ella, se detalla un completo informe respecto del estado sanitario del país y señala los beneficios asociados a la economía y progreso de los pueblos asociados a acuerdos de carácter internacional.

El punto de vista más importante que se tuvo en cuenta al crear esta serie bienal de conferencias sanitarias, fue el de unificar las leyes y reglamentos de sanidad pública entre todos los países del continente, hasta llegar á obtener una codificación análoga que simplifique los procedimientos dentro de la mayor libertad sanitaria con el menor perjuicio individual y comercial.

De aquí la necesidad de sanear las ciudades y los puertos como obligación de cada estado, á fin de aminorar los peligros para el exterior.

Para aquilatar esta acción de cada país se exige la presentación de lo que se haya hecho en pro de la higiene y salubridad, dentro de los dos años que median entre cada conferencia. Así se pone de manifiesto el interés de las naciones para mejorar su vitalidad y para no ser señaladas como negligentes y posibles causas de contaminantes y epidemias.

Estas conferencias son, pues, un balance del debe y del haber sanitario que caracteriza á cada nación americana (V Conferencia sanitaria Internacional Americana, 1911, p. 33).

Posterior al desarrollo de estas conferencias sanitarias internacionales, la iniciativa privada adoptó una postura más enérgica, controlando así, el sobre intervencionismo estatal en materia comercial internacional. Entre las organizaciones internacionales destaca la Fundación Rockefeller, la cual fue creada en 1913 y fue la primera organización filantrópica privada de carácter internacional orientada en principio a combatir la Fiebre Amarilla y la Malaria, como señala Marcos Cueto, “O pano de fundo histórico na época do surgimento da Rockefeller era a expansão dos imperialismos europeo e norte-americano, que alavancou o crescimento de um mercado mundial. A saúde internacional foi considerada uma ferramenta essencial para proteger a economia dos portos e as populações estrangeiras e locais que moravam nas ciudades”. (Cueto, 2015, p. 268).

Cabe destacar, que la creación de agencias de cooperación internacional con foco en las problemáticas de salud fue prolífica entre inicios de 1900 y finales de la caída de los Estados de Bienestar, entre ellas: la Organización Panamericana de Salud en 1902, Banco Mundial en 1944, UNICEF 1946, y la Organización Mundial de la Salud 1948; estas últimas, tuvieron un rol relevante en replantear las estrategias sanitarias globales en salud, vivenciando en su orgánica y entre ellas, diversos debates y pugnas respecto de los lineamientos asociados a salud. Entre las conferencias cercanas al bienestar y salud destacan Pires-Alves y Cueto (2017) Meio Ambiente, Estocolmo, 1972; População, Bucarest, 1974; Alimentos, Roma 1974; Atenção Primária de Saúde, Alma Ata 1978.

La transición hacia la senda del capitalismo requería estratégicamente de transformaciones profundas en los sistemas de producción, bienestar social y redistribución del poder, proceso internalizado prontamente por Gran Bretaña y rápidamente seguido por países que a mediados del siglo XIX tenían una base productiva fundada en la exportación de materias primas, transformando su sistema económico, político y social durante el período de 1848-1873 (Ortega, 2005). En América Latina, estas transformaciones ocurrieron de forma tardía, iniciando tímidamente en la década de 1920 y que adquieren relevancia con la emergencia de los regímenes de bienestar. Aquellos de carácter universalista³, entre los cuales, destacaba Chile, Argentina, Uruguay y Costa Rica (Barba, 2007) implementaron sistemas de protección social de expansión gradual y universal, con cobertura significativa en políticas de seguridad laboral, educación y salud. En el caso chileno las políticas orientadas al bienestar social inician a principios de la década de 1920 con la implementación de las primeras leyes laborales y un sistema de seguridad social concentrada en un solo ministerio: Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión social. Diseño de políticas públicas orientado a armonizar la efervescencia de los movimientos sociales que tienen su auge en la década anterior, así como configurar la base productiva para el proyecto de industrialización y modernización con base estatal (Merino, 2016).

La fase expansiva de dichos sistemas estuvo acoplada con el proceso de industrialización, a través de la sustitución de importaciones (ISI), en auge entre los años cuarenta y setenta. Durante esos años, el sistema del seguro

³ El autor trabaja tres categorías de regímenes de Bienestar: a) el de carácter universalista Chile, Argentina, Uruguay y Costa Rica; b) los regímenes duales, Brasil, México, Colombia y Venezuela; y c) los excluyentes, que incluyen la mayoría de los países de América Central.

social fue uno de los ejes para articular coaliciones distributivas partidarias del proyecto industrializador (Barba, 2007, p. 202).

Las estrategias globales orientadas al combate y prevención de enfermedades permearon con fuerza en los países en vías de desarrollo, importando directrices y lineamientos para enfrentar los procesos de salud-enfermedad, en este sentido, la lucha contra las enfermedades permitió además de facilitar estratégicamente el desarrollo de los mercados internacionales, la configuración de la doctrina económica global, mediante la adecuación de los Estados a condiciones mandadas por los organismos internacionales para acceder a financiamiento y ayuda internacional (Huertas, 1998), marco global que permitía un margen legal internacional para impulsar la industria sanitaria y el complejo médico industrial (Barona, 2004). Se instalaban así, posiciones hegemónicas respecto de los hábitos y estilos de vida saludable, sancionando aquellas conductas anormales o consideradas enfermizas desde la posición y perspectiva de los grupos de poder, suponiendo un dominio moral cultural de los grupos sociales dominantes sobre el resto de la población (Rodríguez, de Miguel; 1990).

La intervención estatal en salud como requisito del fortalecimiento del capital humano

En la segunda conferencia pronunciada en el marco del curso sobre medicina social que tuvo lugar en la Universidad de Río de Janeiro en 1974⁴, Michel Foucault, analiza el nacimiento de la práctica sanitaria y su relación con la dinámica de la seguridad del territorio y la población, enfatizando la connotación biopolítica de los problemas sanitarios, así como las relaciones de poder y sus intersecciones con la economía y la política. Señala al menos tres etapas “evolutivas” de la medicina, la primera, que denomina Medicina de Estado, centrada en fortalecer al Estado para garantizar cohesión social y lograr una resolución adecuada ante problemas económicos, fortalecer el control político interno, así como mantener relaciones diplomáticas con otros Estados para evitar ser víctima de invasiones u otro tipo de dominación, lo cual, complementaría el análisis de las convenciones internacionales en el marco de la relación capitalismo y salud. El segundo estadio denominado medicina urbana, tenía como foco los procesos sanitarios de la salud de las ciudades, ordenamiento del espacio urbano, las condiciones de vida-entorno e instala la noción de salubridad, entendida como “la base material y social susceptible de asegurar la mejor salud posible a los individuos” (Foucault, 2013: 666). Finalmente, señala la medicina de la fuerza de trabajo enfocada a fortalecer y mantener la producción económica, con especial énfasis en la clase obrera-pobre. Cabe señalar que el concepto de medicina social acuñado por Foucault surge en Alemania con Johann Peter Frank (1745-1821) “e avança com Rudolf Virchow, que escrevia em 1848, que a medicina é uma ciência social ou a política não é mais do que a medicina em grande escala” (Labra, 2000, p. 30).

La clase asalariada, segmento socioeconómico que desde la década de 1900 comienza a ser problematizado por los gobiernos, con distintos matices en Latinoamérica, debido a la necesidad de iniciar el proyecto industrializador y de desarrollo, es intervenido a través de una serie de políticas sociales que estratégicamente persiguen armonizar la gradual efervescencia social derivado del malestar entre los desfases del proceso industrializador y la ausencia de

⁴ Según señalan Galeano, Trotta y Spinelli (2011) Foucault visita Brasil en 1965, 1973, 1974, 1975 y 1976; en 1974 visita Río de Janeiro al Instituto de Medicina Social, contactado por Juan César García de la OPS y Sergio Arouca de Brasil. En el ciclo de conferencias que realiza cuestiona la dualidad de una medicina de mercado y una medicina pública, matizando el enfoque revolucionario de izquierda de la salud pública, señalando que a través del sistema capitalista se adoptó una medicina social.

garantías sociales, al mismo tiempo, proponía vía intervención social tácticas de disciplinamiento para generar cierto gobierno del sujeto a nivel de responsabilidad y conducta laboral, no obstante, esto ameritaba una serie de cambios y transformaciones en el tipo de vínculo que existía entre la elite económica y la clase asalariada y requería un nivel de coordinación de carácter general a nivel de Estado, marco que el modelo capitalista liberal no favorecía y que en la emergencia gradual de los Estados de Bienestar se impulsó a través del capital humano.

En Chile a finales de la década de 1930 Salvador Allende, en su rol de Ministro de Salubridad, apela a la necesidad de intervención del capital humano como base de la riqueza de la nación (1939) detallando una serie de variables sociales, económicas, culturales y sanitarias para diagnosticar la realidad médico-social del país y la necesidad de invertir en políticas sociales para resguardar la integridad de la población, destacando no sólo aquellas variables exclusivamente biomédicas, sino su desarrollo integral para lograr bienestar. Así se adelantaba a los postulados de la OMS (1948) y a la declaración de Alma Ata (1978), considerados hitos del esfuerzo internacional de la salud para todos (Apráez, 2010). Señalaba Allende:

El capital humano, que es la base fundamental de la prosperidad económica de un país, ha sido subestimado y ha estado abandonado a su propia suerte. Ahí radica principalmente la causa de que nuestra población haya aumentado tan escasamente; ella debe ser mejorada y acrecentada a base del número y de la calidad de los habitantes autóctonos; su crecimiento progresivo, es la condición primera de la prosperidad de un país, y resulta del estado de salud y de cultura de sus componentes (Allende, 1939, p. 196).

La necesidad de proyectar el capital humano como sustento de la riqueza de las naciones, era un eslabón básico para mejorar la cadena productiva, en la cual la ciencia de la salud aportaba su saber para mejorar la calidad de la mano de obra, armonizaba los movimientos sociales y generaba una imagen internacional de estabilidad en el plano político y sanitario. Por ejemplo, en Argentina Susana Belmartino (2007) al analizar los cambios institucionales sanitarios en la década de 1940, detalla el debate y la interpelación hacia el Estado frente aquellas enfermedades que puedan afectar la integridad de las personas, “reclamando la acción dirigida a resguardar esa invaluable posesión que se identifica con la expresión capital humano, el capital brazo y el capital inteligencia que el obrero incorpora a la empresa” (Belmartino, 2007: 181), en este contexto, los problemas de tuberculosis de la clase trabajadora, derivaron en Argentina en la creación de la Comisión de la Tuberculosis en 1933, enfatizando en el debate, el problema de higiene social y económico, en el que se requería un diseño de políticas públicas que apunte a mejorar las condiciones de vida de los trabajadores y no acciones aisladas orientadas al combate de la enfermedad. “La acción contra el flagelo no será completa hasta tanto las condiciones de vida de la clase trabajadora no alcancen el nivel que corresponde” (Allende, 1939, p. 180).

Las políticas sociales ejecutadas por el Estado como práctica política y bienestar sobre la vida, a nivel latinoamericano tiene ciertas similitudes entre países entre 1920 y 1940, guardando las proporciones, nos aventuramos a señalar que existe una transformación en la concepción

epistémica de la enfermedad desplazando el foco de la responsabilidad del individuo o la familia a un orden centrado en la población como categoría política de intervención, en la cual, el Estado debe intervenir sobre el sujeto y su entorno, por ejemplo en Perú las acciones sanitarias para enfrentar la peste bubónica son caracterizadas por su dinámica emergente frente a las crisis sanitarias, no obstante, cuando se comienza a intervenir 1920 sobre las condiciones sociales, materiales y culturales que favorecen el origen y desarrollo de la enfermedad, el acto político que procura la mantención de la vida, se conecta con otras estrategias como la gestión del riesgo ante la enfermedad.

Por varios años la peste fue un grave problema, especialmente en la costa norte. Hasta los años veinte, las campañas contra la peste fueron esporádicas, rutinarias, simbólicas y limitadas a los períodos de crisis. La situación cambió hacia la década del veinte cuando el gobierno de Leguía adoptó una serie de medidas de saneamiento ambiental. Entre ellas destacó la Ley 4.126, de mayo de 1920, que facultó al gobierno para contratar la ejecución de obras sanitarias en Lima y 32 ciudades del país. La ley autorizó a gastar cincuenta millones de dólares para realizar caminos, desagües, pavimentación de calles, sistemas de eliminación de basuras, agua potable y refacción de puertos que fueron construidos por la Foundation Company que prestó los fondos al gobierno a un interés del 10 por ciento (Cueto, 1997, p. 56).

La dimensión social de las enfermedades, su impacto político y económico centrado en la población-sujeto/capital humano, requería de la intervención estatal para impulsar desde el capitalismo y para el capitalismo las políticas sociales de seguridad en materia de salud. De esta forma, la separación virtual entre lo público y el interés particular económico, se torna difuso, al categorizar el capital humano como la suma de insumos concentrado en el sujeto, no obstante, que tienen repercusión en lo público como un bien que genera externalidades en otras dimensiones de lo social. Así la connotación biopolítica de la salud está en primera instancia en la capacidad del mantenimiento y fortalecimiento de la vida (Foucault, 2002, p. 218), y que se constituye como práctica política que no se limita al mantenimiento de la vida desnuda o la pura vida, “su propósito más ambicioso es crear un círculo virtuoso entre desarrollo vital de los individuos y potenciación de la fuerza del Estado” (Esposito, 2011, p. 61), la potenciación de la vida catalizada a través de la mantención del capital humano, se distanciará de la mirada individualista de la responsabilidad personal del sujeto para mantener su propia vida e involucrará al Estado que, al intervenir sobre las condiciones sociales, culturales y materiales que permiten desarrollar la vida potencia su propio poder soberano y proyección económica.

Reflexiones finales

El vínculo temprano entre economía y salud evidencia el carácter instrumental, estratégico y político del cuidado de la vida como insumo básico para la mantención de la fuerza productiva. Relación que surge de la necesidad de crecimiento económico amplificada en el contexto de Revolución Industrial y la ampliación de los procesos de intercambio globales, permite configurar un escenario sanitario internacional para combatir y prevenir la emergencia de enfermedades infectocontagiosas como la fiebre amarilla, el cólera y la peste bubónica; consideradas amenazas para el comercio entre naciones. Este hecho económico-social permite comprender el estrecho vínculo que existe entre la salud pública y el resguardo de los intereses privados, develando fronteras difusas entre aquello considerado público asociado al Estado y las necesidades privadas relativas al mercado, divorcio aparente que en el marco de las políticas sociales de salud se observan íntimamente conectadas como táctica de gobierno y fortalecimiento económico.

Cabe señalar que el proceso de industrialización en Latinoamérica ocurre de forma tardía, cobrando fuerza en la década de 1920, lo cual se evidencia, en la implementación de políticas sociales en la región, como antecedentes previos, existe una emergente diplomacia internacional orientada a establecer control sanitario de la población, así como de las condiciones ambientales favorables a la proliferación de enfermedades, en ese horizonte se visibilizan los encuentros internacionales desarrollados desde inicios de 1851 en Europa y que tienen su homólogo en la región en 1902 en Washington.

Producto de la proliferación de enfermedades la salud de la población ha sido problematizada como parte de los problemas asociados al mantenimiento, vitalidad y productividad del capital humano, constituyendo la salud, el medio estratégico para fortalecer el crecimiento. De igual forma, las ciencias de la salud y su institucionalidad favorecen la mediación entre el vínculo político de la soberanía de la vida que, cobra materialidad en los medios para proliferar el crecimiento de la población, su cuidado, así como la forma de articular estrategias de gobierno para favorecer el crecimiento económico y la seguridad del territorio. Desde este punto de vista, el carácter de derecho a la salud no estaría asociado a la implementación de políticas públicas estatales, sino por el posicionamiento en el campo de actores sociales, entre ellos, profesionales y funcionarios del sector salud, familias y comunidades que han reivindicado a través de manifestaciones sociales y procesos micropolíticos el bienestar general de la población.

Referencias

- Allende, S. (1939). La realidad médico-social. Santiago: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
- Apráez, G. (2010). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis*, 9 (27), 369-381.
- Arantes, G; D'Ávila. (2012). Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 19 (4), 1219-1239.
- Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colectiva*, 7, (2), 231-253.
- Belmartino, S. (2007). Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años `40. *Salud Colectiva*, 3, (2), 117-202.
- Cueto, M. (1997). El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. (2005). Instituciones sanitarias y poder en América Latina: *Dynamis*, 25, 49-57.
- Cueto, M. (2015). Saúde global: Uma breve história. [Kindle]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Esposito, R. (2011). Bíos: biopolítica y filosofía. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ferrer, P. (1911). V Conferencia sanitaria Internacional Americana: Higiene y asistencia pública en Chile. En *Memoria Chilena*. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-87041.html>
- Fleury, S. (1994). Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Foucault, M. (2013). *Obras esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Galeano, D, Trotta, L & Spinelli, H. (2011). Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, 7, (3), 285-315.
- Illanes, A. (2010). En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Santiago: Ministerio de salud.
- Labra, M. (2000). Política e medicina social no Chile: Narrativas sobre uma relação difícil. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 7, (1), 23-47.
- Marchiori, P. (2007). Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, (6), 1575-1589.
- Mattos, R. (2001). As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: Um panorama geral da oferta de idéias. En *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 6, (2), 377-389.
- Merino. (2016). Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998. Osorno: Universidad de Los Lagos.
- Monasterio, H, Urriola, R, Massardo, J & Molina, C. (2009). Historia de la protección social de la salud en Chile. Santiago: Lom.
- Molina, C. (2010). Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989. Santiago: Lom.
- Ortega, L. (2005). Chile en ruta al capitalismo: Cambio, euforia y depresión. 1850-1880. Santiago: Lom.
- Pires-Alves, F, Cueto, M. (2017). A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, (7), 2135-2144.
- Salinas, F, Tetelboin, C. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. *Papeles de población*, 11, (44), 83-108.
- Sigerist, H. (1981). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Siglo XXI Editores.
- Ugalde, A. (2007). América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva*, 3, (1), 33-48.
- Viel, B. (1964). *La medicina socializada*. Santiago: Ediciones Universidad de Chile.