

# Movilizarse para una atención sanitaria desmercantilizada y COVID CERO

Por: **Salimah Valiani. 15/05/2021**

*A mediano plazo, solo mediante la lucha contra la atención médica mercantilizada se puede poner fin a la producción insuficiente de vacunas, mascarillas N-95 y otras tecnologías médicas.*

Con el lento despliegue de las vacunas contra la COVID-19, el «nacionalismo vacunal» es solo un poco más generalizado que los llamamientos en su contra. El enfoque de pensadores críticos y activistas de todo el mundo en el «nacionalismo vacunal» pasa por alto algunas lecciones clave de la pandemia elaboradas en mi [artículo de octubre de 2020](#), «[Acceso a suministros y dispositivos médicos; la historia menos conocida de la COVID-19 y el monopolio médico](#)». Este nuevo artículo lo resume y lo vincula con nuevos desarrollos, y más importante –en medio de la mortal tercera ola– la necesidad de organizarse para un enfoque COVID CERO para poner fin a la pandemia.

## La COVID-19 y el Monopolio Médico

Al igual que con las mascarillas y los ventiladores N-95, la producción insuficiente de vacunas está en la raíz de la escasez de vacunas y el llamado nacionalismo vacunal, ambos sistémicos para el capital monopolista.

En la primera ola de la pandemia de la COVID-19, surgieron noticias de escasez de tecnología médica: desde mascarillas N95 para proteger a los trabajadores de la salud de contraer y propagar el nuevo coronavirus, hasta materiales de pruebas de la COVID-19 y ventiladores para pacientes infectados que no pueden respirar.

Un ejemplo bien publicitado a nivel internacional fue la escasez de equipo de protección individual (EPI). Desde marzo de 2020, los trabajadores de países ricos y empobrecidos exigieron a los empleadores que proporcionaran mascarillas, batas y guantes N95.

En el Reino Unido, cuando no estaban de servicio, los sanitarios de los hospitales públicos se manifestaron a favor de los EPI durante los meses de marzo y abril. A finales de abril, *The Guardian* había registrado más de 100 [muertes](#) por COVID-19 de sanitarios en el Reino Unido.

También en abril 2020, cuando el mayor sector privado de cuidado de ancianos de Canadá se estaba convirtiendo en un semillero de la pandemia, el sindicato de enfermeras más grande del país, la Asociación de Enfermeras de Ontario, tuvo que presentar una petición judicial para [presionar](#) a los hogares de cuidado privados a largo plazo para que proporcionaran equipo de protección a las enfermeras y otros sanitarios.

En el norte de Italia a mediados de marzo, durante el apogeo de la primera ola allí, los trabajadores de la fábrica organizaron [huelgas](#) salvajes exigiendo equipo de protección. Mientras que la mayoría de las tiendas y lugares públicos en Italia estaban cerrados por el confinamiento en marzo, las fábricas permanecieron abiertas y sin apoyos de ingresos, los trabajadores de las fábricas se vieron obligados a seguir trabajando.

A finales de abril y mayo, tanto en hospitales públicos como privados en la [Provincia Cabo Oriental](#), Sudáfrica, las jerarquías hospitalarias típicas, la administración y los [médicos](#) estaban acaparando los EPI. Las enfermeras y otros trabajadores de la salud contrajeron el virus con una alta incidencia. Del mismo modo, en la ciudad amazónica peruana de [Iquitos](#), el 80 por ciento de los trabajadores hospitalarios que carecían de EPI dieron positivo para la COVID-19 a mediados de mayo.

La batalla por los EPI continúa para una serie de trabajadores en todo el mundo, ya que las vacunas siguen siendo escasas y el virus resurge y muta.

Otro ejemplo que recibió mucha menos cobertura de los medios, particularmente en los países ricos, es la escasez de materiales para pruebas de la COVID-19. Ya en marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) admitía la aparición de una escasez [mundial](#) de reactivos químicos necesarios para procesar las pruebas de PCR de la COVID-19.

A principios de junio, durante un período crucial para las pruebas y el rastreo de contactos en Sudáfrica, el Ministro de Salud [reconoció](#) que los laboratorios públicos

y privados tardaban en procesar las pruebas debido a la escasez de kits de prueba y reactivos de acompañamiento. A principios de julio, el grupo farmacéutico privado DisChem [cerró](#) sus instalaciones de pruebas alegando retrasos en la recepción de los resultados de las pruebas.

Hablando del continente africano en su conjunto, el Ministro de Salud de la República Centroafricana, Pierre Somse, [declaró](#) a mediados de julio que «estamos en una escasez, una miseria de pruebas», atribuyendo la falta de materiales de prueba en toda África a una escasez de solidaridad global.

Un [estudio](#) científico publicado en línea el 17 de febrero de 2021 sostiene que la propagación y el impacto de la COVID-19 son probablemente mucho mayores en África de lo que se ha sabido. Sobre la base del análisis post mortem de 372 personas fallecidas en la morgue del Hospital Universitario de Enseñanza, el hospital más grande de Zambia, entre junio y septiembre de 2020, el estudio muestra que la mayoría de las muertes relacionadas con la COVID-19 se produjeron en la comunidad, donde no se realizan las pruebas, y pocas personas que murieron en centros de atención médica se hicieron las pruebas, a pesar de presentar síntomas de la COVID-19.

## Explicación de la escasez de la tecnología médica

La alta demanda y, a su vez, la escasez local e internacional, es la explicación más comúnmente proporcionada para la falta crónica de EPI, reactivos de prueba, vacunas y otra tecnología médica relacionada con la COVID-19. En el mejor de los casos, se culpa a los gobiernos de la [falta de preparación](#) para la epidemia y de no garantizar la acumulación de suministros, a pesar de los estudios y recomendaciones de larga data de epidemias anteriores.

Sin embargo, como muestro en [Repensar el Intercambio Desigual](#), el problema es mucho más profundo. La industria de equipos médicos y diagnósticos, al igual que la industria farmacéutica, es un monopolio, con todas las características concomitantes de la producción con fines de lucro dominadas por unos pocos.

## Los ingredientes del monopolio

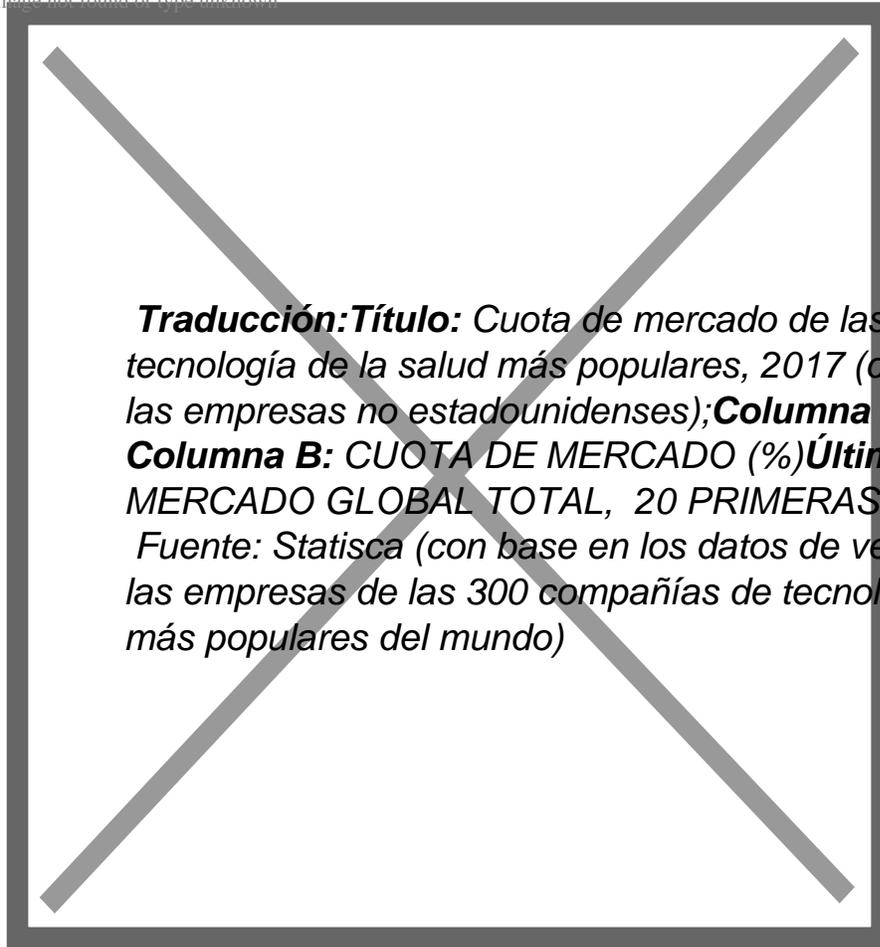
En el caso de los equipos médicos y diagnósticos, el proceso se desarrolló a partir

de finales del siglo XIX [en adelante](#), en gran parte en los EE.UU. El proceso incluyó la creación primero de mercados locales y luego mundiales de nuevos productos médicos, la concesión de patentes para maximizar el precio de estos productos mediante la limitación de la producción y la oferta, y el control de la dirección y la escala de la innovación tecnológica mediante la adquisición de empresas con ideas que estaban invirtiendo en la innovación.

Utilizando tales maniobras, las empresas con sede en Estados Unidos han desempeñado un papel importante en el establecimiento y liderazgo de la industria multinacional de equipos médicos y diagnósticos. Incorporando países de todo el mundo, esta historia es parte de lo que Giovanni Arrighi ha denominado [hegemonía](#) mundial estadounidense. Cuando surgieron otras grandes empresas de tecnología médica, por ejemplo en Europa occidental, necesariamente se recurrió a maniobras similares.

Con el tiempo, a algunas empresas les fue mejor que a la mayoría. En 1999, el 12 % de las empresas llegaron a [dominar](#) la industria de tecnología médica de los Estados Unidos. Más concretamente, 733 de las 5.998 empresas representaron el 80 % de las ventas de la industria, y el 2 % más importante representó el 48 % de esas ventas. Hoy, el número total de empresas en la industria se ha [reducido](#) a 1.083, lo que sugiere una profundización del control del monopolio. En la misma línea, según una [estimación](#) de 2017, las 20 principales empresas de tecnología médica controlaban poco menos del 55 % del mercado mundial de tecnología médica, la mayoría de los cuales eran empresas estadounidenses.

Image not found or type unknown



Lo que sugiere una profundización del control del monopolio son los números de empresas de tecnología médica estadounidenses que figuran en las listas de la revista Fortune de las compañías con mejor desempeño en los EE.UU. (Fortune 500) e internacionalmente (Global 500) entre 2005 y 2019. En [2005](#), siete compañías estadounidenses de tecnología médica (Baxter, Becton Dickinson, Boston Scientific, Medtronic, Guidant, Stryker y Danaher) figuraron en la lista Fortune 500, y una compañía estadounidense de tecnología médica (Abbott) apareció en la lista Global 500. En [2019](#), cinco de estas compañías (Baxter, Becton Dickinson, Boston Scientific, Stryker, Danaher) figuraron en la lista Fortune 500, y dos (Medtronic, Abbott) figuraron en la lista Global 500. Mientras tanto, el tamaño del mercado de la industria de tecnología médica de Estados Unidos aumentó de [67,9 mil millones de dólares](#) en 1999 a 169,3 mil millones de dólares en 2018 y [425,5 mil millones de dólares](#) a nivel mundial. Dos adquisiciones significativas

ocurrieron en este período. En 2006, Boston Scientific adquirió [Guidant](#) por 27 mil millones de dólares, o algo menos del 40 % del valor total de mercado de la industria en 1999. En 2015, Zimmer adquirió Biomet, ganando así un lugar en la lista Fortune 500. En 2019, Zimmer ocupó el puesto 387, subiendo de 431 en 2016.

## Impacto en los hospitales

Durante la década de 1980, la producción monopolística de tecnología médica fue la causa principal de la [escalada](#) de costos para los hospitales estadounidenses, los principales consumidores de dispositivos médicos y diagnósticos. La tecnología médica a precio de monopolio se puede rastrear con el tiempo como un importante impulsor de costos en los sistemas de salud pública también, por ejemplo, en [Canadá](#).

Junto con las reducciones en la financiación pública, la escalada de costos inducida por la tecnología médica llevó al fracaso de 550 hospitales comunitarios en los EE.UU., y a la fusión de varios cientos. Casi al mismo tiempo, el número de [hospitales de propiedad corporativa](#) en los Estados Unidos se duplicó con creces, pasando de 445 en 1978 a 955 en 1984.

A medida que la atención hospitalaria se convirtió en mercancía en los EE.UU., rápidamente tomó una estructura de [monopolio](#) como la de la tecnología médica. Tres compañías, Hospital Corporation of America, Humana y American Medical International, llegaron a poseer poco menos de las tres cuartas partes del 35,1 % de las camas de hospital del país controladas por el sector privado.

A mediados de la década de 1990, dos de estas compañías, después de que American Medical Holdings se hiciera cargo de American Medical International, comenzaron a clasificarse en la lista Fortune 500. Esto marcó el comienzo de los sistemas multihospitalarios convirtiéndose en una [industria de alto beneficio](#) en los Estados Unidos. Entre 1996 y 2020, Humana subió de manera constante del puesto 279 en las 500 mejores empresas estadounidenses de Fortune al puesto 52.

## El impacto en la enfermería

Con el fin de mantener una alta rentabilidad, particularmente teniendo en cuenta los

altos costos de la tecnología médica impulsados por el monopolio, la industria hospitalaria buscó reducir los costos de mano de obra durante la década de 1990. El trabajo de enfermería y la compensación fueron [reestructurados](#), deshaciendo las ganancias obtenidas por los enfermeros con respecto a la autonomía profesional y la compensación. Parte del cambio de ahorro de costos fue el aumento del uso de enfermeras capacitadas internacionalmente que ingresaron a los Estados Unidos con permisos de trabajo temporales y empleadas con niveles de salarios y condiciones de trabajo inferiores a los de las enfermeras locales. La reducción de la autonomía profesional, el empeoramiento de las condiciones de trabajo y la [devaluación](#) general del trabajo de enfermería han sido causas clave de la disminución de la oferta de enfermeras en los Estados Unidos y en otros lugares.

## Círculo completo de la COVID-19

La pandemia de la COVID-19 ha amplificado la [gravedad](#) de la escasez mundial de enfermeras/os. En el intento de compensar esta escasez, [Ruanda](#), por ejemplo, ha recurrido al uso de robots para la detección de la COVID-19 y la prestación de atención. Estos robots, otra forma de tecnología médica, no se producen en Ruanda y tienen un precio de monopolio que es poco probable que sea sostenible.

Los reactivos de prueba, las mascarillas N95 y los ventiladores son tecnologías mucho más cruciales que los robots para manejar la COVID-19. Todos son producidos por compañías en el top actual de Fortune US 500 o / y en el ranking Global 500 de Fortune, algunos desde la década de 1990, algunos desde principios de la década de 2000 y uno desde 2017.

Becton Dickinson y Danaher (la empresa matriz de Cepheid), que ocupan el puesto 187 y 161 respectivamente en el top 500 de los Estados Unidos, producen reactivos necesarios para procesar las pruebas de la COVID-19. Los reactivos de Danaher / Cepheid se diseñan para funcionar [solamente](#) con las máquinas de diagnóstico de Danaher/Cepheid. Mezclar y combinar no forma parte del diseño. Las máquinas tampoco son compatibles con reactivos fabricados utilizando un método [proporcionado](#) por la Organización Mundial de la Salud antes de que Cepheid creara las pruebas de la COVID-19. Becton Dickinson utiliza la misma estrategia de control del mercado.

Aunque Sudáfrica fue una de las primeras en adquirir las máquinas de diagnóstico

GeneXpert Systems de Cepheid, no ha podido [acceder](#) a suministros adecuados de reactivos. Muchos [culpan](#) al fracaso del estado solo por los retrasos en las pruebas y el rastreo de contactos. El control monopolístico de la tecnología de pruebas, sin embargo, es mucho más plausible como la principal explicación de por qué Sudáfrica, a pesar de imponer uno de los confinamientos más estrictos y extensos a nivel internacional, no fue capaz de diagnosticar los casos de la COVID-19 lo suficientemente rápido como para realizar el rastreo de contactos y detener la propagación del virus en la primera ola. El alto número de [muertes en exceso](#), o muertes que exceden los promedios estacionales históricos y no contabilizadas como muertes por COVID –143.543 para el período del 3 de mayo de 2020 al 24 de febrero de 2021– también se puede explicar en gran medida por la falta de pruebas y tecnología de pruebas.

Del mismo modo, en Perú se realizaron pruebas exhaustivas al comienzo de la primera ola de la pandemia, pero tuvo [dificultades](#) para acceder a los reactivos para procesar las pruebas. Durante la primera ola, Perú [superó](#) a Estados Unidos en términos de casos confirmados por 1 millón de habitantes (a principios de octubre de 2020, 9.378 y 9.286 respectivamente). Tailandia es otro ejemplo. En Bangkok, tres hospitales suspendieron las pruebas ya en marzo de 2020 porque se habían [quedado sin](#) reactivos. Tailandia luego intensificó la prevención a través de la [educación masiva](#) como el eje principal de su estrategia sobre la COVID-19, más sobre esto a continuación.

La compañía 3M, que ocupa el puesto 103 en la lista Fortune 500, es el mayor productor mundial de mascarillas N95. A principios de abril, el gobernador del estado de Kentucky [Beshear](#) pidió a 3M que liberara la patente de la mascarilla N95 para que otras compañías pudieran producirlas. Poco después, el presidente Trump invocó la Ley de Producción de Defensa para, entre otras cosas, impedir que 3M exportara mascarillas N95 y otros dispositivos médicos. Más tarde ese mes, en Canadá, los sindicatos y otros activistas pidieron que se reabriera una planta de General Motors [inactiva](#) durante un año para producir mascarillas N95. Aunque la planta fue reabierto, no se hicieron las mascarillas N95. Esto fue sin duda debido a la patente de 3M.

En lugar de lanzar la patente, el CEO de 3M hizo [pública](#) en marzo la prioridad de la compañía: trabajar con los grandes operadores del mercado electrónico para identificar e informar a los falsificadores y especuladores de precios de las mascarillas N95 y otros dispositivos médicos de 3M. A mediados de julio, 3M había [presentado](#)

18 demandas después de rastrear 4.000 informes a nivel mundial de fraude, falsificación y especulación de precios de sus productos.

Medtronic, una empresa de tecnología médica con sede en Irlanda, produce ventiladores y tecnologías para tratar unas 40 afecciones médicas. Ha aparecido en Fortune's Global 500 desde 2017. Con el auge de la COVID-19, junto con la creación de capacitación virtual en el uso de sus ventiladores, la compañía ha abierto un «camino de COVID-19 para la presentación de ideas» en línea. El enfoque de Medtronic es asegurar más beneficios monopolísticos y control a través de capacitación e innovación relacionadas con pandemias.

## Una gran solución: ¡movilizarse y organizar!

[Swati Thiyagarajan](#) y otros han argumentado que el alcance de la incursión humana y la destrucción de la tierra nos ha expuesto a virus con los que de otro modo no habríamos tenido que interactuar. Estos virus son poderosos y capaces de transformarse más rápido que el espíritu conquistador de la ciencia biomédica. Centrarse en las vacunas como el principal medio para prevenir la propagación del nuevo coronavirus deja a innumerables personas expuestas a nuevas cepas del virus, aún más destructivas, que se conciben mientras los excluidos esperan pasivamente el despliegue de la vacuna.

Una estrategia [COVID CERO](#) centrada en las personas es la alternativa en torno a la cual es crucial movilizarse a corto plazo. Este enfoque de prevención desafía a las personas a trabajar juntas para erradicar el virus en sus espacios geográficos con la ayuda de la educación popular, el establecimiento de objetivos de base, las tecnologías de [prueba descomercializadas](#), el rastreo y los bloqueos limitados pero estratégicos que incluyen el apoyo a los ingresos y [la entrega de alimentos nutritivos a los hogares](#). La estrategia COVID CERO se ha utilizado con [éxito](#) en lugares como [Cuba](#), Vietnam y Nueva Zelanda.

Si los activistas de todo el mundo no presionan por una estrategia COVID CERO en sus espacios locales y nacionales, corremos el riesgo de ver varias olas más y nuevas cepas de COVID-19, un mayor agotamiento de los sanitarios y una estratificación más profunda de la fuerza laboral mundial de la salud ya [concentrada](#) en los países más ricos.

A mediano plazo, solo mediante la lucha contra la atención médica mercantilizada se puede poner fin a la producción insuficiente de vacunas, mascarillas N-95 y otras tecnologías médicas.

La mercantilización de la salud es una realidad en la mayoría de los países. Movilizarse contra ella en espacios nacionales y regionales es un camino para organizarse globalmente contra el capitalismo mundial que ha sido abierto por la pandemia a diferencia de cualquier problema de salud que haya existido anteriormente.

Como he discutido en un artículo sobre el [interferón 2b](#) y otros tratamientos de Cuba para la COVID-19, la atención médica universal decomisada es la alternativa a la atención médica impulsada por el monopolio en los países de todo el mundo. La producción y entrega sin fines de lucro de todos los bienes relacionados con la salud que responden a las necesidades humanas generales y específicas de la mayoría de los países es el único medio de garantizar una salud de calidad para todos, tanto en tiempos de pandemia como en tiempos no pandémicos.

Más concretamente, la sanidad universal [desmercantilizada](#) es ecológicamente racional, la producción del sector público, desde alimentos hasta apoyo psicológico, medicamentos, tecnología y atención médicas. En lugar de la gestión basada en resultados y otros modelos corporativos adoptados por la mayoría de las empresas estatales a nivel mundial en las últimas cuatro décadas, dicha producción pública sería diseñada y administrada democráticamente por ciudadanos, profesionales de la salud, científicos y toda la gama de otros trabajadores involucrados.

Los impuestos a las corporaciones y a los ricos serían el principal medio de financiar la asistencia sanitaria universal desmercantilizada. Debido a la importancia social de los bienes relacionados con la salud y al alto potencial de empleo dado el alcance de las necesidades en la mayoría de los países del mundo, la asistencia sanitaria universal fuera de servicio constituiría un segmento significativo de las economías basadas en las necesidades, ecológicamente racionales y [centradas en el ámbito nacional](#).

La asistencia sanitaria universal desmercantilizada contrasta con la estrecha noción de [cobertura sanitaria universal](#) en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. El ODS-3 se refiere a la salud y encarna la gestión basada en

resultados, favoreciendo la adquisición pública de productos de salud producidos con fines de lucro. Para ello, la ONU y otros organismos intergubernamentales alientan a los países empobrecidos a acumular más deuda a través de préstamos de la Asociación Internacional para la Salud. En lugar de esto, estos organismos globales deberían apoyar la financiación de la salud a través de la tributación general mediante la elaboración de estrategias para recuperar los [billones](#) de dólares de riqueza perdidos para la mayoría global a través de la evasión fiscal por parte de personas y corporaciones ricas como las que se discuten aquí.

En medio de la desintegración de la salud humana y ecológica y de una economía mundial en colapso, COVID CERO ahora, la atención sanitaria universal desmercantilizada a mediano plazo y la producción basada en las necesidades, centrada a nivel nacional y ecológicamente racional son fundamentales para reconstruir la sociedad mundial.

*(Traducido al español con apoyo de [Regions Refocus](#))*

NdE: La [versión en inglés](#) de este artículo contiene vínculos a las referencias.

– **Salimah Valiani** es investigadora laboral, economista política y poeta. Desde 2001 colabora con organizaciones de trabajadores migrantes y sindicatos en cuestiones de organización y política global. Es autora de [Rethinking Unequal Exchange: the global integration of nursing labour markets](#) (University of Toronto Press, 2012).

<https://www.facebook.com/SalimahValianiPoet>.

[LEER EL ARTICULO ORIGINAL PULSANDO AQUÍ](#)

Fotografía: Alainet

**Fecha de creación**

2021/05/15