



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Ávila Vázquez, Medardo

Globalización e identidades médicas en los ensayos clínicos

Salud Colectiva, vol. 3, núm. 3, septiembre-diciembre, 2007, pp. 235-245

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130302>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Globalización e identidades médicas en los ensayos clínicos

### Globalization and medical identities in clinical trials

Medardo Ávila Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico, Universidad Nacional de Córdoba (UNC)  
Maestría de Antropología,  
Facultad de Filosofía y  
Humanidades, UNC. Jefe de la  
Unidad Docente del Hospital  
Infantil, Facultad de Ciencias  
Médicas, UNC, Argentina.  
medardoavilavazquez@yahoo.  
com.ar

**RESUMEN** Se estudia el modo en que se manifiesta la relación entre los investigadores clínicos y los pacientes incorporados a protocolos; cuáles son las percepciones que tienen los médicos en la "relación médico-paciente" transfigurada en "relación investigador-objeto de ensayo"; para ello se analizan dos casos de amplia difusión pública. El primero está referido a ensayos destinado a disminuir la transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia humana (HIV) en países en desarrollo. En estos se estableció un doble standard de tratamiento para las poblaciones de embarazadas africanas y latinoamericanas reconociéndolas como "diferentes". Se marcó un límite étnico, para utilizarlas como grupo control. El segundo caso se refiere al análisis del proceso de ensayos clínicos comerciales llevados a cabo en el Hospital Municipal Infantil de Córdoba, éstos se sustentaron ideológicamente en las identidades y valores neoliberales que promueve la globalización, rompiendo de esta manera con identidades generadas históricamente.

**PALABRAS CLAVE** Ensayo Clínico; Grupos Étnicos; Industria Farmacéutica; Antropología; VIH.

**ABSTRACT** This article studies how the relation between clinical researchers and patients incorporated into protocol becomes apparent, i.e. doctor's perceptions of the "relation doctor-patient" as a "relation researcher-object of trial", for it, two well-known cases are being analyzed. The first case refers to trials seeking to reduce the perinatal transmission of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in developing countries. These trials have established a double standard in treatment for African and Latin American pregnant women, recognizing them as "different". An ethnic limit has been defined to use them as a control group. The second case refers to analysis of commercial clinical trials, carried out at the Hospital Municipal Infantil de Córdoba, which were ideologically supported by the neoliberal identities and values promoted by globalization, thus breaking away from identities generated historically.

**KEY WORDS** Clinical Trial; Ethnic Groups; Drug Industry; Anthropology; HIV.

## 1. INTRODUCCIÓN

El progreso del conocimiento médico es uno de los factores que posibilitó a la especie humana resolver importantes problemas de salud; hoy es posible anhelar una expectativa de vida inimaginable hace apenas medio siglo. Enfermedades tremendas han quedado, por ahora, restringidas a los anaqueles de la historia, mientras que otras están confinadas a las poblaciones más relegadas del planeta. El saneamiento y la higiene, las vacunas y los antibióticos son los principales aportes de la medicina occidental al esfuerzo de toda la humanidad por mejorar su calidad de vida.

Las investigaciones clínicas son ensayos o pruebas en donde se experimentan o comparan tratamientos con el objetivo de curar afecciones y mejorar nuestros recursos terapéuticos, sosteniendo el avance constante y eficaz de la medicina.

Los investigadores operan con y sobre grupos de personas, enfermos o no, que reciben algún tipo de tratamiento, unos supuestamente mejores que otros o, incluso a veces, ningún tratamiento "real", como es el caso del uso de placebos.

En los ensayos, hasta completar los estudios, no sólo existe incertidumbre respecto de la utilidad y los efectos contraproducentes que pudieran producir esos tratamientos, sino que además hay un conflicto de intereses entre pacientes e investigadores, ya que el médico no sólo busca mejorar el tratamiento de la enfermedad, sino que pretende, además, contestar una pregunta científica. Por otra parte, no puede asegurarle al paciente que busca su beneficencia, porque su acción tiene un final incierto. El paciente, por su parte, desea sólo su curación y no lo motiva un interés científico.

En esta interacción, en consecuencia, se detectan dos sectores: uno, formado por los investigadores, que decide qué tipo de tratamiento o asistencia médica recibirá cada uno de los miembros del otro sector y un segundo, subalterno, que a su vez está conformado por pacientes reclutados para el ensayo, constituido por personas que requieren de cuidados médicos y aceptan las intervenciones y decisiones que sobre ellos toma el grupo preeminente.

En la relación pueden manifestarse intereses comerciales y prejuicios sociales, políticos o étnicos que ensombrecen la actividad y hasta desvanecen los objetivos médicos científicos.

En los últimos 25 años es notable el crecimiento mundial del volumen de la experimentación clínica, crecimiento vinculado a sincrónicos progresos tecnológicos en informatización y comunicaciones. Por otra parte, la industria farmacéutica tomó un fuerte protagonismo en el desarrollo de la investigación clínica, interesándose particularmente en el desarrollo de nuevos productos-mercancías.

Además, es preciso considerar que este impulso se da en el marco de cambios políticos y culturales generados por la expansión del proceso de globalización económica.

## 2. OBJETIVO

Desde conceptos analíticos que utiliza la Antropología para examinar las relaciones interéticas, las diferencias e identidades, pretendemos observar el modo en que se manifiesta actualmente la relación social entre los investigadores clínicos y sus sujetos de estudio; considerar cuáles son las percepciones que tienen los médicos de sus pacientes, en esta relación "médico-paciente" transfigurada en relación "investigador-objeto de ensayo".

Analizaremos dos situaciones o casos que aparecen como paradigmáticos, de gran actualidad y muy provechosos para comprender la manera en que las investigaciones clínicas expresan su carácter de relaciones sociales en el marco de la globalización.

El primer caso está sustentado en el artículo "*Unethical Trials of Interventions to Reduce Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries*" (1) (Investigaciones Inmorales sobre Intervenciones para Reducir la Transmisión Perinatal de HIV en Países en Desarrollo), de Peter Lurie y Sydney M. Wolfe, publicado en New England Medicine Journal.

El segundo caso se refiere a un proceso de ensayos clínicos que se llevaron a cabo en el Hospital Infantil de Córdoba, en Argentina, su

análisis se documenta en el artículo: "Investigaciones científicas privadas en el Hospital Infantil" (2), de los Drs. Bryan Maclean y Diego Degiorgis, ex jefes de residentes de dicho hospital, publicado en el diario La Mañana de Córdoba y complementariamente en el informe final del sumario administrativo realizado por el Estado municipal (3) que se sostiene en la pericia realizada por el Dr. Pedro de Sarasqueta.

### **3. ANÁLISIS DEL PRIMER CASO: TRANSMISIÓN PERINATAL DE HIV**

La pandemia de SIDA es la mayor agresión infecciosa que enfrenta la humanidad desde finales del siglo XX, ya que hasta nuestros días no hemos podido encontrar herramientas que impidan su expansión, ni la cura para los enfermos, aunque sí es posible, a través del uso de antirretrovirales específicos, contener la infección y aminorar su evolución.

Un área de alta sensibilidad es la de tratar de evitar la transmisión perinatal, debido a que en los niños pequeños la infección tiene una elevada letalidad.

En 1994 se publicó un régimen de tratamiento con antirretrovirales que disminuía la transmisión perinatal de HIV de un 25% a un 6%.

Posteriores investigaciones demostraron que el esquema era tan efectivo que podía disminuir la transmisión hasta sólo un 1-2%, por lo que fue instalado en los países desarrollados como el standard o norma de tratamiento en embarazadas infectadas.

Sin embargo, el uso masivo de este régimen se encuentra limitado por el alto costo de las drogas antirretrovirales, ya que sus patentes son celosamente resguardadas por las empresas propietarias. Millones de mujeres embarazadas e infectadas con HIV de los países periféricos, principalmente africanas, no pueden acceder al régimen y cientos de miles de sus hijos mueren irremediablemente de SIDA por esta causa.

Lurie y Wolfe encontraron, en los registros gubernamentales de los Estados Unidos, dieciocho investigaciones clínicas comenzadas después de la instauración del régimen de tratamiento reconocido como efectivo, cuyo objetivo era

probar la efectividad de regímenes alternativos o más económicos para disminuir la transmisión perinatal de HIV. Estos trabajos reclutarían a 17.000 mujeres embarazadas infectadas de HIV. Los autores denuncian que quince de esos ensayos eran inmorales, porque no garantizaban que todas las embarazadas participantes contaran, por lo menos, con el régimen considerado efectivo, ya que se utilizaban diseños de pruebas controlados contra placebo para estas investigaciones.

La acusación de inmoralidad fue suficientemente detallada en esa oportunidad, pero ahora queríamos destacar otra situación particular: de los dieciocho ensayos, sólo dos se realizaron en Estados Unidos y todas las pacientes, de todos los grupos de estudio, tenían acceso a un tratamiento con algún antirretroviral; esto garantizaba que el riesgo de transmisión del HIV fuera el mínimo, mientras que en los quince estudios a realizar en África y República Dominicana se probaban distintas intervenciones contra placebo o nada, por ejemplo: regímenes cortos de zidovudina contra placebo o vitamina A contra placebo o distintas técnicas de inmunoterapia contra placebo, e incluso: lavado vaginal intraparto contra ninguna intervención.

El argumento utilizado para justificar estos estudios por los organismos que los financian fue reconocer que las embarazadas negras africanas, y negras y latinas dominicanas no pueden acceder al régimen efectivo por su alto costo, por lo que como su única opción de atención médica era "ningún tratamiento", era correcto ensayar en ellas, utilizando "su standard" como grupo control y no el reconocido mundialmente como efectivo, instalándose así un doble standard: uno, para las pacientes de ensayo en Estados Unidos y otro, para investigar en los países periféricos.

#### **3.1. LIMITES ÉTNICOS Y DOBLE STANDARD**

Esta situación demuestra que el concepto de doble standard contiene el reconocimiento de un "otro", de una otredad válida y concreta para la cual es posible plantear "otra medicina", otra calidad de atención médica que, a su vez, es diferente para "nosotros".

Así, los investigadores, con el respaldo de los organismos estatales y supraestatales de Salud, estarían estableciendo una discriminación explícita (4) de los grupos poblacionales africanos y latinos. Las poblaciones pobres y alejadas son consideradas como grupos étnicos, en el sentido conceptual de "unidades culturales" a las que se les reconoce su diferencia, es decir, que tienen otras costumbres en sus cuidados de salud: otro standard de atención médica, a partir del cual la ciencia médica experimenta con ellas "respectando" su singularidad étnica.

Existe aquí un interés especial de marcar un límite étnico por parte de los científicos al constituir una dicotomía entre "nosotros" y los "otros".

Para el principal estudioso de los límites étnicos, Frank Barth (5), habitualmente los "otros" se etnizarían para reclamar derechos en disputas de recursos políticos, materiales o sociales. En este caso, sin embargo, las embarazadas pobres de países atrasados no reclaman nada, ni participan siquiera de la discusión. Para poder experimentar con ellas en sus actuales y genuinas condiciones de vida, los investigadores los marcan étnicamente, para entonces desde allí, a partir de ese límite, preservarles esta condición que posibilita el desarrollo de sus investigaciones ("ellas no pueden acceder a los antirretrovirales y en esta circunstancia nuestras investigaciones serán más rápidas, económicas y fructíferas").

Los límites étnicos reproducen las desigualdades estructurales al interior de la sociedad moderna, y la sociedad global moderna es considerada como el campo de acción de los investigadores. Al mismo tiempo, la etnicidad no se opone sino que se complementa con el análisis de clase, cuando la estratificación se expresa en términos culturales (6), como ocurre en la relación social que estamos analizando.

Desde otro punto de vista, se destacaba la falta de reciprocidad en la relación, pues ésta concluía inevitablemente con información científica con valor de mercado apropiada por los investigadores y miles de casos de transmisión de HIV evitables, generados deliberadamente.

Este escenario, sin embargo, no es nuevo en la ciencia médica norteamericana. Entre 1932 y 1972, un estudio epidemiológico diseñado para conocer la evolución natural de la

sífilis generó el escándalo de los "cobayos humanos de Tuskegee" (7). En aquella oportunidad 399 pacientes sifilíticos, negros y pobres fueron estudiados minuciosamente y no recibieron tratamiento alguno durante 40 años, a pesar de que conocíamos desde el año 1943 que la penicilina curaba totalmente la enfermedad.

El estilo discriminador e inhumano que refleja esta actitud en la medicina norteamericana podría ser consecuencia de la forma, de la manera, en que esa sociedad administró la relación entre sus distintos componentes étnicos.

### 3.2. DIVERSIDAD Y NACIÓN EN ESTADOS UNIDOS

Las estrategias de unificación implementadas históricamente por el estado nacional norteamericano generaron un proceso de formación de diversidad con características singulares que condicionaron la dinámica de las relaciones interétnicas y que, obviamente, se reflejan en las investigaciones clínicas en cuanto éstas son parte de sus relaciones sociales.

Este proceso de formación de diversidad es claramente sintetizado por la antropóloga Rita L. Segato (8), al considerar que en el grupo anglo-protestante que condujo desde su origen la construcción de la nación norteamericana, dominó la tesis de que la unidad nacional dependía de la administración de la convivencia de varios contingentes étnicos en cuanto tales. Para ellos el "*melting pot*" (su crisol de razas) significó un mosaico de razas siempre identificables, diferentes, cohabitando el mismo suelo pero en calidad de grupos separados. Así se procesaron los diversos contingentes como un conjunto de unidades étnicas segmentadas, segregadas, jerarquizadas y enfrentadas, de acuerdo con una estructura originaria polar de blancos y negros, que fue la matriz donde se instalaron posteriormente el conjunto de los otros segmentos étnicos de la sociedad.

De esta manera se manifiesta un mecanismo sectario en la cultura derivado de la estructura segregada de la sociedad, pues, a pesar que el concepto de "*melting pot*" fue posteriormente reemplazado por el de pluralismo cultural, cada grupo siguió teniendo su integridad y autonomía

enfatizada y continúa promoviéndose el encierro en los grupos constitutivos.

Las políticas del multiculturalismo anglosajón no contienen una cultura política que incluya como valor el reconocimiento, promueven una cultura de la compasión y refuerzan prejuicios en los que se sustentan posteriores actitudes de estigmatización sistemática y comportamientos discriminatorios (4). En ese contexto es posible comprender la concepción ideológica que viabiliza tan notable diferencia de riesgo entre las investigaciones a desarrollar en los propios Estados Unidos y las llevadas adelante en los países periféricos.

Sería posible considerar que esta actitud diferencial para promover ensayos clínicos, reconociendo un doble standard de atención médica, estuviera teñida de racismo. Para Immanuel Wallerstein (9), la raza es una categoría genética que alcanzó su esplendor como categoría social a medida que la expansión de la economía capitalista se propagó más allá de Europa y se instalaron procesos de producción en una relación centro/periferia con características cada vez más desiguales. Para este autor, la raza y el racismo son la expresión, el motor y la consecuencia de las concentraciones geográficas asociadas a una división del trabajo entre un centro dominante y una periferia subalterna, situación que también es patentizada en este caso.

En forma complementaria, Stuart Hall (10) afirma que la raza es un concepto sociocultural, no un discurso transhistórico fundado en lo biológico, no funciona a través de la verdad del referente biológico sino como una lógica discursiva; el racismo biológico recurre a las características corporales como diacríticos de la raza, pero estas características connotan diferencias sociales y culturales, y esta noción de raza ha sido desplazada por un concepto explícitamente cultural. Para Hall, el racismo es una estructura de discurso y representación que trata de expulsar simbólicamente al Otro, lanzarlo afuera, colocarlo allá, en el tercer mundo e inscribir en el cuerpo social e individual relaciones de desigualdad, asimetría y exclusión.

Desigual, asimétrica y excluyente es el tipo de relación social que los investigadores sobre la transmisión perinatal de HIV entablaron con las poblaciones de embarazadas infectadas con HIV de África y República Dominicana

donde se llevaron adelante los ensayos que denunciaron Lurie y Wolfe.

Finalmente queremos destacar que no todos los equipos de investigadores se alinearon enfáticamente con la concepción impulsada por los organismos federales de salud y la propia OMS, otro diseño de investigación clínica era factible. Lurie y Wolfe subrayan cómo el grupo de Harvard resistió las presiones de los organismos federales que pretendían forzarlos a utilizar el diseño de control contra placebo, rechazado por inmoral, y cómo finalmente lograron imponer un estudio de análisis de equivalencia de regímenes antirretrovirales, para llevar adelante en Tailandia.

#### **4. ANÁLISIS DEL SEGUNDO CASO: INVESTIGACIONES PRIVADAS EN EL HOSPITAL INFANTIL**

El Hospital Infantil Municipal constituye una parte importante en la oferta de servicios públicos gratuitos en salud de la ciudad de Córdoba, en la Argentina. Es el segundo hospital pediátrico en una ciudad de 1.200.000 habitantes, posee alta complejidad y complementa una vasta red municipal de centros de atención primaria de la salud, diseminados por los barrios más pobres de la ciudad.

En dicho hospital, entre 1993 y 2003, se llevaron a cabo una serie de ensayos clínicos que involucraban al Departamento de Pediatría del hospital, cuyo jefe fue el promotor principal de los mismos y organizó el trabajo del área en función de la concreción de protocolos de investigación, con el apoyo de muchos miembros del plantel profesional.

Finalmente, luego de muchas denuncias, fueron separados los profesionales más comprometidos, luego de la concreción de un sumario administrativo ocasionado por la utilización de recursos del Estado con el fin de realizar investigaciones privadas pertenecientes a la industria farmacéutica (2,11).

El proceso de investigaciones desarrollado en el Hospital Infantil tenía características novedosas para la práctica corriente en la Argentina. No se desplegaban desde una institución académica y/o estatal; los ensayos eran llevados adelante

con toda la infraestructura del Hospital y con sus pacientes, a partir de acuerdos privados de un grupo de profesionales con empresas patrocinadoras. Los protocolos de las investigaciones eran provistos por los patrocinadores y, encabezada por el Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital, se creó una "Contract Research Organization" (organización que investiga por contrato), es decir: un grupo privado no universitario que lleva adelante investigaciones por encargo.

Para el Dr. Juan C. Tealdi (12); Coordinador del Consejo Nacional de Ética y Derechos Humanos en Investigación Biomédica, del Estado argentino; los investigadores comerciales cobrarían entre 500 y 12.000 dólares por paciente incorporado a un protocolo. En el sumario del caso del Hospital Infantil se reconoció la participación de más de 2.000 niños reclutados a protocolos (11).

Es probable entonces que el monto total abonado por estos ensayos pueda haber alcanzando los 24 millones de dólares, elemento que no queremos centralizar en este análisis. Para el Dr. Pedro De Sarasqueta (3), la regulación argentina sobre el financiamiento de investigaciones pagadas por la industria farmacéutica es prácticamente inexistente, y los manejos financieros no son abiertos, transparentes ni controlables.

Los ensayos se constituyan como parte de protocolos de investigación global. Los patrocinadores fueron empresas multinacionales que situaban el motivo de la investigación, no precisamente en las necesidades sanitarias de nuestra población, sino en sus necesidades comerciales de investigación y desarrollo (2).

Estas investigaciones carecieron de reciprocidad: el Dr. De Sarasqueta no encontró elementos que recompensaran a la comunidad pobre que posibilitó, con su cuerpo y riesgo, el desarrollo de una investigación que proporcionó ganancias a las empresas y a los investigadores, pero, por ejemplo, que no comprometió el acceso gratuito a las nuevas vacunas desarrolladas.

En síntesis, podemos decir que las investigaciones clínicas en el Hospital Infantil Municipal eran: privadas y por dinero, con diseños (protocolos, etc.) elaborados por el contratante o según sus requerimientos; el problema a estudiar y sus hipótesis eran determinados por los verdaderos propietarios de la investigación, los

sujetos humanos de experimentación eran los integrantes de la población infantil socialmente más vulnerable de Córdoba.

¿Qué es lo que justifica que individual y colectivamente grupos médicos lleven adelante este tipo de experiencia con intensidad y generalización? Y ¿por qué existió tanta facilidad para instrumentalizar a sus propios pacientes-niños, procedentes de la población más humilde y desprotegida de Córdoba, en experimentos para terceros, en un hospital donde, además, no existía una tradición en investigación clínica? Esto es lo que trataremos de comprender.

#### **4.1. EL PROCESO DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y LA MEDICINA EN ARGENTINA**

Primero es preciso reconocer cómo se ubicó, qué roles cumplió la medicina, y los médicos en particular, en el proceso de formación de la sociedad nacional en la Argentina.

Cuando analizábamos el caso norteamericano destacábamos la singularidad de su proceso de formación de diversidad. Allí, la estrategia para estabilizar la unidad nacional fue administrar lo diverso como diverso y en ese marco conceptual era admisible que desde la medicina se considerara en forma diferencial a ciertas poblaciones marcadas étnicamente como disímiles. Pero en la Argentina el proceso de formación de la sociedad nacional fue distinto: hasta mediados del siglo XX se fabricó una etnidad uniformadora ficticia.

En la construcción de identidad en la Argentina, el Estado presionó para que la nación se comportase como una unidad étnica con una cultura singular, propia, homogénea y reconocible. Mientras que en Estados Unidos prevaleció el principio de la igualdad en la diferencia, en Argentina fue exactamente al revés: todas las personas étnicamente marcadas, ya sea por pertenecer a una etnia derrotada (como indios y africanos) o a un pueblo inmigrante, fueron convocadas o presionadas a desplazarse de sus categorías de origen para, solamente entonces, poder ejercer confortablemente la ciudadanía plena. La nación argentina fue concebida y formulada como una gran etnia artificial ideada

por la generación de 1880 y reproducida en la escuela pública y gratuita, en el servicio militar obligatorio y en la salud pública (8).

En momentos en que la mayoría de la población de Buenos Aires era extranjera, el terror étnico en la élite argentina la impulsó a generar políticas activas de integración y asimilación a la nación. El modelo de lo étnico esencial e indivisible aplicado a la sociedad nacional entera es la idea que orientó la acción de las instituciones estatales como la escuela y la salud pública en la Argentina. La escuela tenía una función asimilacionista y homogeneizante en términos culturales (4); la salud pública intentó constituirse en un ámbito estatal de resguardo y amparo para los individuos en cuanto ciudadanos de la nación. En la historia social argentina el acceso a la atención médica, formalmente, era para todos en cuanto "todos" éramos argentinos o habitantes de este suelo.

En la generación de la sociedad nacional argentina podemos decir que hubo una etnización ficticia y forzosa, pero hubo también un proceso de generación de pueblitud.

Para el analista del sistema-mundo ya citado, Immanuel Wallerstein (9), los términos raza, nación y grupo étnico son presumiblemente variedades de pueblos en el mundo moderno. En la generación de la sociedad nacional quedó desdibujada la imagen de raza. En el crisol de razas argentino se fundió el componente indígena, africano, criollo e inmigrante europeo o judío o árabe, generando una nueva raza-nacional.

La idea de nación, fuertemente promovida por el Estado argentino con la difusión de un relato mítico histórico, logró arraigarse junto con el modelo de sociedad de bienestar que ofrecía salud y educación (hasta los años '90) en el marco de un territorio integrado a la nacionalidad.

La vía de desarrollo del capitalismo en la Argentina resolvió la cuestión étnica con la construcción de un modelo cultural monoétnico, de contenido eurocentrista, que se reprodujo hegemónicamente como la cultura "civilizada" de la nación (13).

De esta manera se fue arraigando la noción de "pueblo argentino", compuesta por reconocerse en un nombre común, junto con un conjunto de tradiciones vividas como restos de un pasado inmemorial, que fueron formando

una trama de relatos, que, a la vez, constituyeron un inconsciente colectivo capaz de convertir a la comunidad imaginaria en real, en un "pueblo" (14).

Wallerstein (9) destaca que la dimensión temporal del pasado es un rasgo esencial e intrínseco del concepto de pueblo. La idea del pasado hace que se actúe en el presente de manera distinta de lo que se hubiera actuado. Es un instrumento que se utiliza contra los demás y un elemento fundamental para socializar a los individuos, mantener la solidaridad de grupo y establecer o cuestionar la legitimación social. Las ideas del pasado en términos raciales, nacionales y étnicos son los modos de construir la noción de pueblo, son las invenciones de la idea del pasado las que determinan fenómenos políticos y actitudes sociales contemporáneas. Ejemplo de esas actitudes puede ser la disposición de los médicos a identificarse con sus pacientes, reconociéndose individual y socialmente como parte de un mismo colectivo, con una historia y un destino común.

De esta manera, podemos considerar que la generación de pueblitud en Argentina se forjó con la edificación de una nación unificadora, donde se construyeron sujetos neutros de otra identidad que no sea la del "ser nacional" y que culturalmente prevaleció la concepción monoétnica-eurocentrista. En ese marco, la salud pública y la medicina, cumplieron un rol en la asimilación social y cultural, por lo que los médicos no podían estar ajenos a este proceso. Es más, eran agentes reproductores de estas concepciones ideológicas.

En este análisis del proceso de cohesión cultural argentino no encontramos elementos que nos permitan concebir cómo se pudo facilitar un proceso de investigaciones privadas, prácticamente masivo, en el seno de una institución de la salud pública; ¿por qué surgió un límite, una frontera, entre los profesionales y sus pacientes, que al distanciarlos posibilitó que aquéllos investigaran comercialmente con éstos?

Nuevos elementos deben haber influido fuertemente para modificar de alguna manera las concepciones de identidad e integración que los contuvieron por casi cien años. Estos podrían estar vinculados a la globalización y las concepciones ideológicas del neoliberalismo.

#### 4.2. GLOBALIZACIÓN E IDENTIDADES

En los últimos 20 años, la globalización del mercado capitalista está marcando en forma determinante las relaciones internacionales y también las relaciones sociales hacia adentro de las fronteras de los estados. Grandes corporaciones suman esfuerzos con poderes estatales para mantener bajo su control los flujos de capital en un ámbito global e imponer así su orientación. Los bienes que se globalizan no fluyen aleatoriamente y se encuentran concentrados en proporciones extraordinariamente desiguales, beneficiando a los países que hegemonizan los procesos de circulación.

El discurso de la globalización incita a abandonar los marcos históricos nacionales y los contextos de conflictos característicos y emblemáticos de cada sociedad. Además, por un particular "encantamiento cultural", los argentinos parecen tener una especial debilidad o inclinación para que al conjunto de bienes materiales y filosóficos particulares que componen la modernidad de los países hegemónicos, lo perciban como signo de prestigio o emblemas de modernidad en sí y no como contribución a la calidad de vida, lo que allá es acumulación histórica aquí es erigido en símbolo, emblema y fetiche (8).

De distintas formas, los agentes globales promueven y diseminan en contextos locales sus propias representaciones, impulsan y financian agendas que son consideradas correctas o apropiadas desde sus propios puntos de vista; esto se manifiesta con mayor penetración aun cuando se refiere a un campo intelectual como el de la ciencia biomédica. Desde los años '90 se detecta el avance de un nuevo proceso de formación de identidades, transnacionales y sustitutivas, que se va distanciando de la experiencia étnica local, forjando nuevas identidades globalizadas con una notable levedad en valores y principios.

Las identidades propias de cada proceso histórico específico son relativizadas, las posibilidades de contracultura, de contestación a partir de la experiencia histórica de un pueblo auto-reconocido como tal se pierden. Ya no tiene tanto peso la interpelación de ese pasado construido en la historia propia de cada pueblanación, ese requerimiento fue sustituido por una

interpelación mecánica y racionalizada que consiste básicamente en la oferta de emblemas por parte del mercado, los agentes globalizadores y los medios masivos de comunicación. Es así que identidades virtuales, programadas y producidas a escala mundial y difundidas mediáticamente, secuestran y toman el lugar de las formas históricas de ser otro (8).

En este contexto, encontramos la emergencia de nuevas concepciones ideológicas que permiten involucrar a médicos en experimentaciones científicas comerciales, utilizando a sus propios pacientes. Las nuevas identidades-identificaciones que la globalización difunde abrumadoramente rompen reconocimientos en el pasado común: éste les demandaba compromiso con su función social, y las nuevas identidades ofrecen una ilusoria participación en el grupo de los protagonistas de la sociedad global a través de una intervención periférica en la producción de conocimiento biomédico; estos, conjuntamente con la seducción del prestigio de la actitud científica en las investigaciones, podrían ser los elementos que moralmente enmascaran los beneficios económicos directos que el negocio puede generar para los médicos devenidos investigadores clínicos comerciales.

Los intelectuales son los primeros en sufrir la presión cultural de la globalización. Los médicos, como parte de ese sector social, son también presionados para asumir una nueva identidad en un marco global, distinta en su rol social y vaciada de los principios y valores que enraizaban a la medicina y a los médicos con la historia de su pueblo; así, muchos quedan sin posibilidad de criticar este proyecto, sin opción contracultural, ya que responden al requerimiento de un modelo médico legitimado por una intensa dinámica de eventos científicos-comerciales (congresos, simposios) y revistas científicas que los sugestionan con el poder y la influencia de un ideal de ciencia que aparece como aséptico, indiscutible y omnipotente.

Sincrónicamente, y como componente del proceso de globalización, se verifican cambios en el modo de gobernar las democracias avanzadas con la difusión de un conjunto de nuevas concepciones ideológicas denominadas genéricamente como "neoliberales" (15). Neoliberales fueron los diseños políticos que

tuvieron fuerte presencia durante la década del '90 en la Argentina. Áreas específicas como la salud, la educación o los servicios sociales fueron convertidas en compradores de ofertas de servicios o competidores de otros en un mercado de servicios. Su función social y su valor social: la solidaridad, fueron sustituidas por la necesidad de eficiencia desde el punto de vista contable y auditadas desde ese punto de vista. Así fue como en el caso del Hospital Infantil las autoridades de la Municipalidad cedieron sus atribuciones de control directamente a las firmas patrocinantes y al investigador principal de los protocolos allí desarrollados (3,11).

Un nuevo valor es la moneda en sí. Se produjo una monetización tal de las prácticas sociales, entre ellas las médicas, que la cuantificación y la evaluación de esas actividades pasó a ser exclusivamente en términos de dinero.

Para el sociólogo discípulo de Michel Foucault, Nikolas Rose (15), el neoliberalismo promueve un nuevo régimen del "yo": las personas son agentes activos de su propio destino en cuanto son clientes-consumidores. Por un lado, esto libera a las áreas de acción social del Estado de su responsabilidad; a los médicos los puede liberar de algún tipo de compromiso particular con el estado de salud/enfermedad de la comunidad, ya que en los programas neoliberales se considera a los que sufren como si ellos fuesen los autores de su propia desgracia. Por otro lado, a nivel más general, se promueve un individualismo ponderado, una redefinida ética de la personalización que se instauró a medida que se consolidaban los gobiernos neoconservadores. Es válido, es privilegiado, lo que "yo" deseo y lo que "yo" quiero (sobre todo si es querer tener comprado alguna mercancía).

Con la utilización de los medios de comunicación masivos como pedagogía social y la regulación de los estilos de vida a través de la publicidad, del marketing y la seducción del mundo de las mercancías, se fue reconfigurando un nuevo tipo de individuo cliente-consumidor, que como sujeto activo busca "realizarse a sí mismo" en el seno de una variedad de ámbitos micro-morales o comunidades entendidas como familias, lugares de trabajo, asociaciones de ocio o áreas disciplinarias como las que constituyen la medicina.

En ámbitos micro-morales como la comunidad de un hospital o la asociación de especialistas, participar en investigaciones multicéntricas (es decir, de desarrollo global) aportando su propio grupo de pacientes, asistir a conferencias en el extranjero (con viajes pagos), sumar su nombre a la lista enorme de participantes como co-autores, aunque más no sea en forma secundaria, parece que puede significar "realizarse a sí mismo" en el marco de estas nuevas identidades globalizadoras impulsadas por el neoliberalismo. Además, no hay conflicto moral por las ventajas económicas de estas acciones (dinero, viajes, etc.), ya que para las concepciones ideológicas neoliberales todo tiene un valor monetario, por lo que ganar dinero por este trabajo está muy justificado y es igualmente reflejo del éxito.

La globalización del capitalismo influye culturalmente sobre las poblaciones en las que se esparce; en algunas clases y capas sociales su influjo es más notable y esto puede explicar de alguna manera las acciones de un grupo de profesionales médicos, como el de los investigadores clínicos del Hospital Infantil de Córdoba, aunque es preciso destacar que esta práctica científica-comercial se está generalizando cada vez más, como fue denunciado también por las autoridades de la obra social más grande de la Argentina (16).

#### 4.3. CIENCIA Y NEOLIBERALISMO

El neoliberalismo también ha generado situaciones particulares referidas al devenir científico. La pugna en torno a los procesos de producción, apropiación y regulación del conocimiento juega un papel central en las tensiones que genera la expansión de la lógica mercantil a todos los ámbitos de la vida, en razón de que los patrones de conocimiento son una dimensión constitutiva medular de todo orden social.

Edgardo Lander (17), en su análisis de la dinámica de producción de conocimiento científico en Estados Unidos, describió cómo la ciencia biomédica y la investigación universitaria son influenciadas por la lógica mercantil que invade progresivamente la vida académica. A partir de un nuevo régimen de propiedad intelectual, que borra las antiguas distinciones entre

descubrimientos e invenciones, se promovió el patentamiento de medicamentos y el acceso de las empresas a la investigación universitaria. Ya no se descubre la cura de una enfermedad: ahora se inventa, por lo que tiene un dueño y por lo tanto un precio.

Los científicos, los departamentos de investigación y hasta las universidades pasaron a tener participación económica directa en las empresas biotecnológicas. Surgió un nuevo "ethos" académico, la figura del investigador-empresario forma parte de la vida normal de la comunidad científica universitaria, los más exitosos y prestigiosos son los que tienen la mayor cantidad de patentes registradas, dando forma a lo que se llamó Capitalismo Académico.

En Norteamérica los costos de investigación son cada vez más altos, debido a una creciente regulación surgida de reclamos de resguardo a los derechos del público: los pacientes; la falta de regulaciones en nuestros países son "ventajas comparativas" para el desarrollo de las investigaciones si la industria farmacéutica logra establecer fuertes vínculos con profesionales nativos capacitados.

Es también en el marco de la instauración global de este paradigma de producción científica neoliberal que encontramos argumentos coherentes para explicar la experiencia de investigaciones clínicas privadas llevadas adelante en un hospital pediátrico argentino de la salud pública durante los años '90.

## 5. CONCLUSIÓN

En el caso norteamericano, se verifica una consideración discriminativa de las poblaciones de embarazadas africanas y dominicanas: éstas recibirán una atención esencialmente diferente a la brindada a las ciudadanas estadounidenses. La actitud es congruente con la histórica administración de la diferencia en ese país, que configuró un conjunto de unidades étnicas segmentadas, segregadas, jerarquizadas y enfrentadas de acuerdo con una estructura originaria polar, con hegemonía blanca, anglosajona y protestante.

En el caso argentino se observa un cambio en las percepciones sociales de algunos grupos médicos que, influidos por las concepciones neoliberales que la globalización capitalista empuja, se convirtieron en socios activos de la industria farmacéutica para desarrollar sus pruebas en nuestro ámbito; al hacerlo, rompen con identidades generadas históricamente en el marco de la construcción de un colectivo nacional como pueblo y adquieren, en su reemplazo, una nueva identidad globalizada que se podría reflejar, como médicos, en el paradigma de la ciencia neoliberal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lurie P, Wolfe SM. Unethical Trials of Interventions to Reduce Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries [en línea]. New England Journal of Medicine. 1997;337(12):853-856; [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/337/12/853>
2. Maclean B, Degiorgis D. Investigaciones Científicas Privadas en el Hospital Infantil [editorial en línea] La Mañana de Córdoba, 21 de octubre de 2005; [fecha de acceso 4 de abril de 2007] URL disponible en: [http://www.lmcordoba.com.ar/ed\\_ant/2005/05-10-21/33\\_opinion\\_02.htm](http://www.lmcordoba.com.ar/ed_ant/2005/05-10-21/33_opinion_02.htm)
3. Municipalidad de Córdoba. Dirección de Sumarios e Investigaciones Administrativas. Expediente N°942.681/03. Informe N°03/05 [en línea] 23 de agosto de 2005; [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en: [http://www.cordoba.gov.ar/cordobaciudad/principal2/docs/democracia/salud/Proyecto\\_informe\\_final\\_Htal\\_Infantil\\_mail\\_elina%202.pdf](http://www.cordoba.gov.ar/cordobaciudad/principal2/docs/democracia/salud/Proyecto_informe_final_Htal_Infantil_mail_elina%202.pdf)

4. Tubino F. Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación positiva. En: Fuller N, editor. Interculturalidad y política. Desafíos y posibilidades. Lima: Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 2002. p. 51-76.
5. Barth F. Introducción. En: Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales. México: FCE; 1976.
6. Guber R. De la etnia a la nación. Cuadernos de antropología social. 1995;(8):61-80.
7. Jecker N. Tuskegee's Truths: Rethinking the Tuskegee Syphilis Study [en línea] New England Journal of Medicine. 2000;343(21):1581 [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/343/21/1581>
8. Segato RL. Identidades políticas y alteridades históricas: una crítica a las certezas del pluralismo global [en línea] Nueva Sociedad. 2002;(178):104-125 [fecha de acceso 19 de diciembre de 2006]. URL disponible en: [http://www.nuso.org/upload/articulos/3045\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3045_1.pdf)
9. Wallerstein I. La construcción de los pueblos: racismo, nacionalismo, etnicidad. En: Balibar E, Wallerstein I. Raza, Nación y Clase. Madrid: Iepala; 1991. p. 111-134.
10. Restrepo E. Teorías contemporáneas de la etnicidad. Stuart Hall y Michel Foucault. Popayán: Editorial Universitaria del Cauca; 2004. p. 35-72.
11. Municipalidad de Córdoba. Caso Hospital Infantil. Sumario Administrativo [en línea] 27 de septiembre de 2006 [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en: [http://www.cordoba.gov.ar/cordobaciudad/principal2/default.asp?ir=42\\_4](http://www.cordoba.gov.ar/cordobaciudad/principal2/default.asp?ir=42_4)
12. Fernández M. Falta control de los ensayos clínicos [en línea] La Voz del Interior; 9 de octubre de 2005 [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en: [http://buscador.lavozdelinterior.net/2005/1009/sociedad/nota362957\\_1.htm](http://buscador.lavozdelinterior.net/2005/1009/sociedad/nota362957_1.htm)
13. Roitman M. Formas de estado y democracia multiétnica en América Latina. En: González Casanova P, Roitman M, Albó X. Democracia y estado multiétnico en América Latina. México DF: La Jornada Ediciones, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; 1996. p. 37-61.
14. Balibar E. La forma nación: historia e ideología. En: Balibar E, Wallerstein I. Raza, Nación y Clase. Madrid: Iepala; 1991. p. 135-163.
15. Rose N. El gobierno de las democracias liberales "avanzadas", del liberalismo al neoliberalismo. Archipiélago. 1997;(29):25-40.
16. Wainfeld M. Cobayos de tercera edad para una prueba ilegal [en línea]. Página 12; 26 de marzo de 2007 [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-82337-2007-03-26.html>
17. Lander E. La Ciencia Neoliberal [en línea] Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. 2005;11(2):35-69 [fecha de acceso 4 de abril de 2007]. URL disponible en: <http://www.revele.com.ve//pdf/revecciso/vol11-n2/pag35.pdf>

#### FORMA DE CITAR

Ávila Vázquez M. Globalización e identidades médicas en los ensayos clínicos. Salud Colectiva. 2007;3(3):235-245.

Recibido el 16 de abril de 2007

Versión final presentada el 5 de julio de 2007

Aprobado el 1 de agosto de 2007