

**ALGUNAS VIOLENCIAS DEL CAPITALISMO EN COLOMBIA.  
DISPOSITIVOS DE TORTURA Y AUTODESTRUCCIÓN \***

---

*The Violence of Capitalism in Colombia:  
Torture and Self-Destruction Mechanisms*

CÉSAR ABADÍA BARRERO \*\*

HÉCTOR CAMILO RUIZ SÁNCHEZ

KATERINE ARIZA RUIZ

MARCO ALEJANDRO MELO MORENO

MARÍA YANETH PINILLA ALFONSO

Universidad Nacional de Colombia · Bogotá

\* Este trabajo ha sido parcialmente financiado por una beca de la Clacso (concurso: “Cultura, poder y contrahegemonía, año 2008”, categoría semisenior) y por dos becas de la División de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia (20101007624 años 2006-2008 y 201010013524 años 2009-2010).

\*\* ceabadiab@unal.edu.co, cesar\_abadia@post.harvard.edu

Artículo de investigación recibido: 18 de octubre del 2010 · aprobado: 3 de diciembre del 2010

## RESUMEN

La violencia del proceso privatizador evidencia una combinación de mecanismos materiales y simbólicos de disciplina y punición de los procesos sociales que insisten en la defensa de lo público. Estos mecanismos favorecen la acumulación flexible mediante la destrucción de las vidas individuales, sociales y políticas que representan las/os trabajadoras/es, a tal punto que adquieren la forma de *tortura*, cuando las atacan activamente, y de *autodestrucción*, cuando se implantan intangiblemente como dispositivos que socavan su bienestar. El presente artículo trata el caso de las/os trabajadoras/es del Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá (Colombia), quienes desde el año 2004 enfrentan la privatización del hospital y la liquidación injusta de sus contratos. Para tal análisis, se propone la *etnografía dialéctica*, con el fin de comprender las articulaciones locales y globales de los procesos de acumulación y destrucción capitalista en relación con identificaciones políticas y construcciones particulares de subjetividades.

**Palabras clave:** *acumulación de capital, destrucción de la vida, etnografía dialéctica, Instituto Materno Infantil (IMI), salud, trabajo.*

## ABSTRACT

Since 2004, workers of the *Instituto Materno Infantil* (IMI) have been facing the privatization of the hospital and the unjust termination of their contracts. The article proposes *dialectic ethnography* as a way of understanding the local and global articulation between capitalist processes of accumulation and destruction, and political identification and specific construction of subjectivities. The violence of the privatization process displays a combination of material and symbolic mechanisms aimed at punishing and disciplining the social processes that adamantly defend the public domain. These mechanisms promote flexible accumulation through the destruction of the individual, social and political lives of the workers. Such mechanisms acquire the form of *torture* when they actively attack the workers and of *self-destruction* when they are implanted intangibly as dispositives that consume the well-being of the workers.

**Keywords:** *Instituto Materno Infantil (IMI), ethnography, accumulation of capital, destruction of life, health, labor.*

**A**ngela, trabajadora del Instituto Materno Infantil (IMI), el hospital universitario de maternidad más antiguo de Colombia, fue contratada en 1988 con el cargo de niñera del jardín infantil que cuidaba de las y los hijos de trabajadores del IMI y del Hospital San Juan de Dios (HSJD) durante sus jornadas laborales. Con el cierre del HSJD en el 2001 y el cierre definitivo del jardín en el año 2003, empezó a cumplir funciones de secretaria en el IMI. En los años siguientes, se convirtió en líder de un grupo de trabajadores y trabajadoras que adelantaban, en un espacio del hospital conocido como “La Carpa”, un proceso de resistencia frente a la privatización del IMI, caracterizado por una crisis económica profunda que ha llevado al no pago de salarios, al cierre del hospital y a la liquidación de las y los trabajadores. En un evento académico frente a la pregunta sobre si la situación que viven las y los trabajadores del hospital puede ser interpretada como tortura ella responde:

Yo soy trabajadora del Materno. Yo soy una de las de la historia [...] Y uno no alcanza a ver la magnitud del daño que nos han ocasionado a nosotros los trabajadores (la voz se quiebra), cómo cada uno de nosotros hemos sentido ese dolor [...] y uno dice “no, yo nunca llegué a este punto de querer llorar, porque uno debe luchar”, y yo soy una persona fuerte, pero yo hace un año tuve un cáncer y lo que decían ahorita de la tortura [...] esta señora [Ana Karenina Gaula, encargada de la liquidación del IMI] se burló de mí, se reía de mí, decía “señora, ¿usted que me está pidiendo?”, a estas alturas a mí no me ha liquidado y ella tiene que pagarme mi seguridad social [...] [larga pausa mientras trata de continuar sin llorar] y yo no sé [...] se ha perdido todo para la sociedad [...] nadie nos escucha [...] (tose) [...] tenemos una lucha perdida tanto para nosotros como para la sociedad, porque nosotros desde que entramos a trabajar sabíamos que íbamos a salir de esta institución, y uno sabe que hay un principio y hay un fin, pero nosotros no aspirábamos a este fin, ni los compañeros del San Juan [HSJD], ni yo, ni los que están conmigo en La Carpa. Esperábamos un fin digno, y no que nos echaran así de la noche a la mañana [...] como perros, desconociendo totalmente toda nuestra historia laboral [...] dice uno, pues nosotros estamos allá peleando porque esta institución siga siendo para lo que fue, para la gente más pobre, para la gente

que no tenía recursos [...] cuando a nosotros nos llegó la policía y nos llegaron con camiones y nos llegó toda la maquinaria del Estado, como si fuéramos unas delinquentes y estábamos solo mujeres [...] y entonces dice uno cómo el Estado nos ha abandonado y solo nosotras ahí peleando por ese patrimonio [...].

Es que el hospital me dio a mí mi esposo, mis hijos, mi casa, todo lo que tengo se lo debo al Materno Infantil por mis diecinueve años que trabajé allí [...] y entonces uno en gratitud, uno debe tener sentido de pertenencia de la institución donde uno ha laborado [...] entonces todos los días digo yo, “hoy no voy a ir al hospital”, pero hay algo que me hala, es como un imán, y yo ahorita en este momento no tengo para pagar mi EPS y ya llevo, todo este mes, estoy atrasada y digo yo, “pero juemadre allá voy”, [...] y mi esposo está sin trabajo porque es que uno ya después de cierta edad uno no consigue por mucho que sea buen trabajador, si no lo consiguen los jóvenes [...], entonces ¿hacia dónde vamos, en este país?, ¿hacia dónde es que vamos?, o sea, esto es grande, este problema es grande, mientras no cambiemos o cambie el gobierno, en verdad no sabemos pa’ donde vamos.

En cuanto a lo que decían de Tortura, sabes que sí (mirando a las/os investigadores), yo ahorita lo siento como una Tortura, porque es que esta señora (Ana Karenina) se burla de uno, se burla de los jueces, cuando a mí me dijo que ya me había pagado para no pagarme la EPS, dijo y le demostró a los jueces que ella había pagado mi EPS, entonces los jueces dicen: “no, no tienes derecho porque ya te pagaron”. ¿Cómo lo hace? no lo sé, pero la señora eso es así, eso es lo que hace. Y entonces dice uno, sí es tortura. Ustedes nunca lo preguntaron, pero ahora viendo todo el panorama, sí, es tortura, para uno es una tortura, una tortura que dice uno ¿cuándo va a parar?, que de pronto, sí me pagan mañana, y no, la tortura va a seguir siendo porque uno dice “uno tiene unos derechos, y esas demandas van para diez años” [...] Y uno dice “¿hasta cuándo?”, y mis compañeras se han ido no porque ellas quisieran irse, y ya quedamos muy poquititas en La Carpa y otras se fueron, porque todas estamos en las mismas condiciones: hay madres cabezas de familia, pero nosotras nos estamos cansando, porque es que la alimentación, la necesidad de nuestros hijos [...] y uno dice hay compañeras

que han perdido sus casas y es terrible. Eso era lo que quería decir [...] y agradecerles, agradecerles de verdad que pues, por lo menos es la primera vez que yo asisto a estas cosas porque yo, pues siempre había sido de lucha pero no tan directamente [...] Y ahora me tocó a mí, y ahí daré la lucha por ese Materno, porque se respete el monumento y el patrimonio que es lo único que nos interesa a nosotros, porque eso se mantenga para lo que fue hace quinientos años, eso es vital, su historia. Pero bueno, ¿dónde acabará su historia? yo creo que acá. La historia del San Juan y el Materno aquí se acaba con la liquidación porque no va a ver más [...].

Esta investigación inició en el año 2005. En ese momento nuestro interés investigativo era el impacto de las reestructuraciones legales y administrativas del sistema de salud durante su crisis y la viabilidad financiera de instituciones de salud pública, particularmente del IMI, no solo por su amplio reconocimiento nacional e internacional como hospital insignia de la maternidad en el país, sino por formar parte del Complejo Hospitalario San Juan de Dios cuya trayectoria refleja la historia de la salud en el país.

Hace cinco años, cuando el IMI aún funcionaba, quisimos entender cómo la crisis económica afectaba el día a día institucional, las interacciones entre personal de la salud y las pacientes y la calidad de la atención. De esta primera parte, los datos arrojaron que la crisis era vivenciada de forma muy fuerte en las trabajadoras, porque son mayoritariamente mujeres, mas no en las pacientes (Abadía-Barrero, Navarrete, Pinilla Alfonso y Martínez Parra, 2006). La fuerza de los hechos y la realidad que vivía el IMI, centró nuestra atención sobre las trabajadoras que allí llevaban a cabo un proceso de lucha y resistencia ante la crisis, cierre y liquidación del hospital. En el 2006 empezamos un trabajo, aún vigente, de “acompañamiento” —como una etnografía en tiempo real— en el que, por un lado, registramos lo que se está desarrollando, y por otro, intentamos colaborar con reflexiones sobre la situación de la institución y en la planeación de acciones conjuntas que ayuden a la resistencia de las trabajadoras frente al proceso de liquidación de sus contratos laborales, el desmantelamiento parcial del hospital, el arriendo del predio al Hospital de La Victoria (HLV) y el desprestigio de las redes públicas de salud. Las y los autores, junto

con otros miembros del grupo de investigación Antropología Médica Crítica, hacemos parte de la Mesa Jurídica por el San Juan, que ha interpuesto una acción popular para defender los hospitales en su carácter patrimonial y público. También hemos desarrollado, junto con ellas, jornadas de denuncia y reivindicación de sus derechos a la salud y el trabajo, ejercicios en eventos públicos de presentación y divulgación de su situación, incluyendo la producción, aún en curso, de un video.

En el último año hemos acompañado la iniciativa popular de resistencia al Plan Zonal del Centro, particularmente en lo que concierne al proyecto Ciudad Salud, que hace parte de un plan global de reforma urbana. El objetivo de este proyecto es la remodelación de la infraestructura hospitalaria del centro de la ciudad para ofertar servicios especializados en salud a público principalmente extranjero.

#### ¿PARA QUÉ DES-ESTRUCTURAR Y RE-ESTRUCTURAR EL IMI?

El proyecto Ciudad Salud en Bogotá implica la configuración de un cluster<sup>1</sup> para el turismo de la salud bajo la figura de un consorcio conformado por los centros hospitalarios del sector: Santa Clara, Cancerológico, Dermatológico, La Samaritana, La Misericordia, el IMI y el HSJD. Otras “Ciudad Salud” se han construido en otros países tanto “desarrollados” como “en vías de desarrollo” como parte de procesos de renovación urbana, que buscan reconstruir el hábitat, la vida cotidiana y la estructura productiva de sectores “deprimidos” del centro de las ciudades.

El modo de producción capitalista tiene un impulso colonizador que le es inherente: incorpora siempre nuevas esferas de la vida y nuevos territorios dentro de su dinámica de reproducción. En el proceso de desarrollo urbano propio del capitalismo, la restricción para encontrar nuevas posibilidades altamente rentables de inversión a partir de la expansión geográfica hace que los capitalistas vuelvan los ojos hacia el centro de las ciudades, donde ya ha ocurrido todo un ciclo de desvalorización masiva del capital fijo y de la red habitacional. En estas áreas

---

1 Este término se aplica a los conjuntos o conglomerados de computadoras, que a partir de la utilización de elementos de *hardware* comunes se comportan como una única computadora. [N. del E.]

ya existe la infraestructura necesaria para relanzar nuevos procesos de valorización y se puede reactivar el ciclo de acumulación debido a que estos procesos de renovación urbana pueden absorber grandes capitales que permanecían inactivos y que son garantía de nuevas expectativas de ganancia (Harvey, 2006, 2010; Smith, 1982).

Con el desarrollo y consolidación del proyecto Ciudad Salud se pretende la creación de un nicho de mercado de servicios especializados en salud principalmente para los/as consumidores/as-pacientes, provenientes de países con monedas fuertes<sup>2</sup>, donde los precios de las mercancías-salud tienen costos elevados derivados, precisamente, de su provisión vía mercados y de la expansión indefinida del proceso de valorización del capital en el sector, como en el caso del modelo de aseguramiento privado de los EE. UU. (Rylko-Bauer y Farmer, 2002).

Este proceso implica no solo la transformación de la red hospitalaria sino también el despojo y el desplazamiento de las poblaciones que han habitado tradicionalmente el sector, sea en condición de propietarias o arrendatarias, para dar paso a elites de nuevos sectores comerciales y profesionales. La “higiene” territorial es un proceso por el cual se reorganiza la ciudad con miras a desplazar las poblaciones subalternas hacia las periferias urbanas e imponer otro tipo de orden social que se corresponde con la “estética y el estilo” propios de la pequeña y “mediana” burguesía que llegarían a ocupar las nuevas viviendas construidas.

El problema de la transferencia de la propiedad de bienes inmuebles no se reduce solamente a un tema de vivienda. Por el contrario, en muchos de los barrios que serían afectados por Ciudad Salud, la propiedad inmobiliaria es una fuente de rentas, a través del arrendamiento parcial de las viviendas. Es por medio de esta modalidad como las poblaciones arrendatarias pueden apropiarse de la ventaja espacial que les otorga la cercanía al centro de la ciudad. La lógica de Ciudad Salud implica el despojo tanto de esta última como del ingreso que el arrendamiento representa para los propietarios, muchos de ellos sin pensión de jubilación u otras fuentes de ingresos.

---

2 El proyecto en su estudio de prefactibilidad también contempla la oferta de servicios a los clientes nacionales con suficiente capacidad de pago, incluso vía póliza.

Ciudad Salud también obedece a la reconstrucción de una “estética” de clase, que viene aparejada con todos los procesos de renovación urbana. El argumento aquí es que las prácticas, los trabajos y la identidad étnico-racial de las poblaciones actuales de la zona, deben ser repelidas física y simbólicamente en aras de la revitalización del espacio urbano. Es decir, la solución para el mejoramiento de las microecologías urbanas degradadas, es el desplazamiento o, eventualmente, la eliminación (a través de la “limpieza social”) de las poblaciones que construyen la vida social de estas zonas, nunca la intervención redistributiva y la reivindicación de la ciudadanía para ellas (Góngora y Suárez, 2008). Así, todas las poblaciones indeseables, como los indígenas Emberá que habitan los inquilinatos del sector, serán desplazadas hacia las periferias urbanas.

La nueva estética paisajística, sin embargo, no solo involucra ambientes externos entendidos como viviendas, comercio y espacios públicos, también abarca el interior de los hospitales actuales, ya que su infraestructura debe adecuarse a estándares internacionales de certificación y acreditación, para lo cual se requiere demolerlos o remodelarlos. Pero la transformación también implica el reemplazo de la parte viva de los hospitales, los nuevos clientes-pacientes, como ya se ha dicho, y las y los trabajadores. Se espera que los profesionales que laboren en Ciudad Salud vivan en las nuevas unidades habitacionales, que puedan intercambiar con colegas extranjeros y que sigan procedimientos técnicos homologables en el mercado global del trabajo en salud, con el fin de soportar la lógica comercial de igual “calidad de atención” con competencia de precios según el lugar y el paquete de turismo en salud ofertados.

El Estado actúa como avanzada “jurídico-coercitiva” del poder de clase, hecho que se expresa en un conjunto de acciones como no intervenir para revertir, o al menos detener, el proceso de deterioro urbano (habitacional y hospitalario); desarrollar acciones jurídicas y administrativas y allegar los recursos fiscales necesarios para reordenar las relaciones de propiedad en las zonas “intervenidas”, a través de procesos de expulsión y segregación espacial de las poblaciones subalternas; y la puesta en marcha de la reconstrucción del equipamiento público, todas las cuales hacen parte de los procesos de valorización masiva y de extracción de rentas por parte del capital privado. Además, las



restricciones en la inversión social y en el equipamiento público en razón de la “prudencia fiscal”, claramente no aplican cuando el Distrito acomete obras de gran envergadura en el marco de las operaciones de renovación urbana.

#### EL TRABAJO DE CAMPO

*Amparo:* Nosotros no sabíamos qué iba a pasar, pero hacíamos fila, era en la dirección del hospital y había policía adentro con ellos y más personas, y uno veía al policía, era la única cara amable que yo recuerdo, las demás eran de pánico porque la liquidadora nos hacía sentar [...] yo creo que lo que nosotros sentimos fue lo que sintieron los judíos cuando los llevaron a la cámara de gas. Ella nos dejaba esperando y luego que a firmar ¿Cómo así que usted firme y no tiene derecho a nada?, ¿cómo que no tenemos derecho a nada? entonces la gente se ponía brava, se desordenaba y terminaba la reunión, entonces ella decía que temía por su vida y hasta perros llevaba. Yo firmé al final el 26 de diciembre porque sentí que me iba a enloquecer [...] ya no resistía más, físicamente y emocionalmente yo tenía toneladas encima, ni dormía, todo el tiempo lloraba [...] me parecía que nada servía, y que todo era perder, entonces [...] caminar por el Materno era una tristeza.

Amparo es una enfermera jefe que trabajó en el IMI durante veinticuatro años, desarrollando parte de los programas más importantes como el de lactancia materna, los procesos de investigación y, en su cierre, la estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia). Luego de firmar su renuncia el 26 de diciembre del 2006 trabaja por contrato intentando que los hospitales del país adopten la estrategia IAMI.

El trabajo de campo en el IMI ha sido siempre una tarea agotadora. Cada visita al sitio de resistencia que ocupan las mujeres, “La Carpa”, es un recuento confuso con miles de detalles de lo que ha pasado desde nuestra última visita. Siempre se empieza por las últimas novedades, lo más apremiante, los chismes institucionales y personales, los avances en los procesos jurídicos, y siempre surgen nuevas preguntas, precisiones y reinterpretaciones de algunos momentos y sujetos claves.

Durante el 2007 y 2008, comenzamos varios trabajos de reconstrucción histórica en los que enfocamos conversaciones y talleres con

trabajadoras del hospital y docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia hacia la recuperación de la memoria institucional. Estos ejercicios se realizaron simultáneamente con la consulta de archivos de fuentes primarias y lecturas de fuentes secundarias. En nuestro acompañamiento a trabajadores/as del IMI, hemos hecho varios esfuerzos por entender la relación entre la conformación histórica del ordenamiento social privatizador de la salud en Colombia y las múltiples violencias que se narran y sienten en sus voces y cuerpos. Las reflexiones conjuntas han llevado a entender que su lucha ha pasado por tres momentos: a) el deseo de mantener el hospital abierto y fiel a su tradición de atención con calidad y calidez a las poblaciones más vulnerables del país; b) su lucha por reivindicar su situación como empleados públicos, y c) las demandas legales para obtener una liquidación “justa” de sus contratos laborales, mientras se sigue asistiendo al hospital.

En el proceso de acompañamiento empezamos a entender que la relación entre sus relatos sobre los últimos años de relación con el Estado como trabajadoras oficiales de la salud, y el impacto en sus cuerpos individuales y en los de las personas cercanas a ellas, era el resultado de “la encarnación de la privatización del hospital”. Vimos que dolor y sufrimiento —categorías tradicionales de la antropología médica utilizadas para describir aquella experiencia humana frente a la enfermedad, la adversidad o la desigualdad social que une el mundo individual y local con la historia social (Kleinman, Das y Lock, 1997; Le Breton, 1999)—, eran evidentes en las y los trabajadores del IMI cuando nos contaban lo difícil que era soportar la precariedad económica, que se reflejaba en la imposibilidad para realizar sus proyectos familiares, así como ver el fin del hospital que habían “cuidado” por tantos años, con su legado para la salud de las mujeres e infantes del país. Por otro lado, empezamos a percibir que estas expresiones de dolor y sufrimiento bien podrían relacionarse con situaciones de malestar derivadas de su destrucción como “trabajadoras colectivas”, ya que sentíamos que cada vez que se aumentaba el deterioro físico del predio, la estructura humana que representaba la parte viva del hospital y la objetivación de sus siglos de historia también se resquebrajaba. Múltiples rupturas de este “trabajador colectivo”, a lo que ellas denominaban como “la familia IMI”, eran evidentes en la medida en que procesos jurídicos o administrativos, visitas de agentes oficiales o inclusive rumores en prensa, irrumpían en la

cotidianidad y tensionaban la relación entre, por ejemplo, docentes de la Universidad Nacional y trabajadores del hospital, trabajadores sindicalizados y no sindicalizados, entre las que participan en todas las actividades de resistencia y las que no, entre las que abandonan la lucha y consiguen nuevos trabajos y las que insisten en salvar el IMI, entre las que firman nuevos contratos con el HLV<sup>3</sup> y las que se niegan.

*Amparo:* El subdirector de la Victoria con los pies le daba patadas a la puerta, yo lo veo todavía y eso no se me va a borrar, porque fue muy doloroso, sobre todo porque fue egresado de nosotros de la Nacional y del Materno [...] yo digo ¿por qué esa imagen no se me borra, o no quiero borrarla para que no se me olvide?

Si bien era evidente que todas las trabajadoras habían sufrido los embates de la privatización de forma particular, nos dimos cuenta de que no teníamos datos específicos para ver esta relación en primera persona. Los diarios de campo hasta 2008 mantenían una mezcla compleja de eventos, relatos y sufrimientos de un sujeto colectivo que llamamos “las trabajadoras” (Abadía-Barrero y Pinilla, 2009). Intentar obtener información específica de cada trabajadora sobre sus experiencias de dolor/sufrimiento nos implicaba desafíos metodológicos importantes. Por un lado, frente a la compleja historia y los miles de momentos difíciles, decidimos construir una línea del tiempo del Materno y diagramarla para que las entrevistas que planeamos hacer tuvieran referencias cronológicas que permitieran contrastar las experiencias que nos irían a relatar con los datos históricos recuperados en los años anteriores.

Llegamos a un esquema de cuatro periodos que fue presentado a las mujeres en entrevistas realizadas durante el 2009 y enriquecido con su propia historia: el primero, “los años de gloria”, hasta 1990, donde se resalta la creación y consolidación del programa Madre Canguro<sup>4</sup>,

3 El Hospital La Victoria se apropió de algunos espacios del IMI bajo la modalidad de arriendo, contrato auspiciado por la liquidadora Ana Karenina Gaula. En el segundo semestre del 2006, La Victoria entra al hospital acompañada de las fuerzas del Escuadrón Móvil Antidisturbios (Esmad) de la Policía Nacional.

4 Programa insignia del hospital, reconocido a nivel nacional e internacional, que hizo posible el reemplazo del uso de incubadoras por el del contacto piel a piel de los neonatos con madres y padres. Este programa tuvo excelentes resultados en el desarrollo de niños y las niñas y de su vínculo con la familia.

un volumen muy alto de pacientes, una gran exigencia en la práctica clínica por parte de los docentes y, como evento administrativo, la creación de la fundación privada Hospital San Juan de Dios; el segundo, “llega el neoliberalismo”, de 1990 al año 2000, en el que se crean e implementan la ley 50 de 1990 que reforma la contratación laboral, y la ley 100 de 1993 con la que se lleva a cabo la reforma en salud; el tercero, “crisis y resistencias”, durante los años 2001 y 2005, durante el cual es cerrado el HSJD y es suspendido el contrato de servicios con el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que a su vez embarga al IMI por no haber cumplido con los pagos de salud y pensión de las trabajadoras, acordados con esta institución. Producto de la finalización del contrato con el ISS, el IMI ve reducido de manera significativa el número de pacientes atendidos en la institución. Este hecho dificulta el cumplimiento de los pagos de la nómina y la cancelación de las deudas con el ISS, entre otros. Las y los trabajadores se ven obligados a endeudarse ante el cese de pagos y, tanto ellos como sus familias, sufren múltiples crisis en su cotidianidad, incluyendo la pérdida de sus viviendas, la interrupción en los procesos escolares y de formación —de ellas y los de sus hijas e hijos—, moras en los pagos de salud y pensión, inicio de procesos de malestares crónicos físicos, mentales y espirituales, todo lo cual ocasiona fracturas en los cuerpos, las mentes y las familias. Durante este periodo se destacan, como eventos legales, la expedición de la ley 735, por medio de la cual se reconoce al HSJD y al IMI como patrimonio cultural de la nación, y el fallo del consejo de Estado en el 2005, que declara nula la fundación HSJD y le devuelve su carácter de hospital público.

Finalmente, en el año 2006 se da inicio al cuarto periodo, aún vigente, en el cual se está llevando a cabo la liquidación del IMI en cabeza de Ana Karenina Gaula contratada en su momento por el entonces Gobernador de Cundinamarca, Pablo Ardila (sindicado y preso por corrupción). En ese mismo año, se subarrienda parte del predio del IMI al Hospital de La Victoria. En el año 2008 se promulga la sentencia de la Corte Constitucional que ratifica el carácter público de los hospitales y sus trabajadores, pero define la validez de sus contratos laborales solo hasta el año 2006.

## ETNOGRAFÍA DIALÉCTICA: PARA COMPRENDER EL CAPITALISMO EN BOGOTÁ, COLOMBIA

Durante el acompañamiento nos dimos cuenta de que necesitábamos profundizar mucho más en una perspectiva histórica que mostrará la relación entre el desarrollo del capitalismo y la salud de las poblaciones (Quevedo et ál., 2004; Rosen, 1993), aproximándonos a análisis más recientes que toman en cuenta al capitalismo tardío en su fase actual neoliberal<sup>5</sup>. Sabemos que el neoliberalismo ha sido una doctrina que ha permitido la restauración o reconstrucción del poder de la clase dominante, representado nuevas elites económicas (Harvey, 2007; Robinson, 2007), y que su desarrollo ha ido de la mano con acciones violentas, incluyendo el exterminio sindical, la imposición de dictaduras (el caso de Chile es el ejemplo más claro), el genocidio humano y la destrucción medioambiental, entre otros (Antunes, 2005; Breilh y Tillería, 2009; Klein, 2007). También entendimos que mecanismos tradicionales de explotación y acumulación de capital han sido renovados para incluir ahora la mercantilización de prácticamente todas las dimensiones de la vida, incluyendo la salud de las poblaciones y los bienes públicos.

En este contexto, nuestro proyecto etnográfico indaga tanto por los desarrollos actuales del capitalismo como por las formas locales que estos adquieren en dinámicas, espacios y momentos específicos; y por cómo las prácticas culturales locales están imbricadas en las dinámicas globales del sistema mundo<sup>6</sup>. Por tanto, nuestra etnografía

5 Véanse, por ejemplo, Abadía y Estrada (2007-2008); Panitch y Leys (2009).

6 Desprenderse del legado colonial y sus categorías occidentales y repensar la relación entre la construcción de los mundos locales que estudia y las condiciones sociales a la luz de la economía política, ha sido parte del giro crítico de la antropología (Marcus y Fisher, 1986), en donde el objetivo es ligar la tradición interpretativista, que en su vertiente fenomenológica da cuenta de la experiencia más íntima de las personas, con la perspectiva crítica que toma en cuenta los procesos sociales y las redes estructurales de poder y desigualdad (Good, 1994). En otras etnografías que intentan hacer este vínculo local-global se privilegian aún más las posturas críticas por cuanto se trata de entender el legado histórico de procesos poscoloniales y neocoloniales en las dinámicas cotidianas que producen y generan sufrimiento, violencia y enfermedad (Farmer, 2003, 2004) o en las tensiones políticas contemporáneas que revitalizan los debates entre colonialismo, racismo, nacionalismo y conspiración, que se encarnan en los cuerpos y relatos de sujetos que actúan en distintos niveles del orden local, nacional o global (Fassin, 2007). En estos nuevos adelantos etnográficos con perspectiva crítica, ya es evidente la precaución

no pretende escindir dos “niveles de análisis”: uno “cultural”, haciendo uso de herramientas etnográficas, y otro “sobre el capitalismo”, apoyándonos en la economía política marxista, sino que los datos, reflexiones y análisis deben apuntar a entender la intrincada y cambiante interacción entre los dos.

Proponemos, por tanto, que las etnografías del capitalismo deben ser dialécticas. Su capacidad analítica radica en que abre la posibilidad para reflexionar sobre las articulaciones locales y globales de los procesos de acumulación y destrucción capitalista. Esto significa reconocer que las experiencias de los “sujetos antropológicos” se estructuran dentro de las transformaciones en las dinámicas de acumulación y recreación que son inmanentes al capitalismo como macroestructura de regulación del poder, pero, a su vez, están enmarcadas por procesos históricos de dominación, resistencia y acomodación que expresan los límites y posibilidades de la praxis social de los sujetos en sus contextos locales<sup>7</sup>.

---

que se toma con la crítica al estructuralismo marxista de la década del sesenta, en los cuales la historia escrita terminaba siendo la del capitalismo, no solo perdiendo de vista y desconociendo los procesos locales sino cayendo en la tentación de hablar de las experiencias de vivir en el capitalismo exclusivamente en términos occidentales, es decir, el marxismo entendido como práctica colonial eurocéntrica (Ortner, 1984). Pero también, como trasciende en los trabajos de Farmer y Fassin, se critica la tentación de estudiar aisladamente el poder de agencia del sujeto y sus prácticas culturales sin entender que el marco histórico estructura no solo las prácticas del sujeto sino también sus subjetividades, ya que el poder estructurante de la historia forma al sujeto. Por tanto, sus acciones (incluyendo el deseo y la conciencia) no pueden entenderse por fuera de este marco de estructuración histórica. Véase, por ejemplo, el trabajo de Butler (1997). Sin embargo, vemos que en estos trabajos antropológicos que se enmarcan en corrientes críticas no se hacen contribuciones para entender el proceso fundamental del capitalismo que se expresa en la nueva fase de acumulación del capital.

- 7 Sobre estos límites entre estructura y praxis social, nos parecen útiles los aportes de Wolf (1999, p. 5) para entender las distintas modalidades en que el poder hace parte de las relaciones sociales: 1) el poder de potencia y capacidad que se ubica a nivel de cada individuo y sigue una tradición nietzscheana, 2) el poder que ocurre en interacciones y transacciones entre las personas y que se refiere a la habilidad del yo para imponer su voluntad a través de la acción social sobre otro (siguiendo la visión weberiana), 3) el poder que controla los contextos en los que las personas exhiben sus capacidades e interactúan con otros, es decir, el poder táctico u organizacional, y 4) el poder estructural que se refiere no solo al que opera en determinados espacios y dimensiones sociales sino el que los organiza y, además, especifica la dirección y distribución de los flujos de energía.

En ese sentido, el capitalismo es vivido y re-creado de una manera desigual y diferenciada en múltiples localidades en escala planetaria, situación que se expresa en unas configuraciones hegemónicas de clase particulares (Roseberry, 1988; Wolf, 1999), y en la “determinación recíproca” que se establece con otras estructuras de dominación y sujeción como el género, la raza-etnia, la edad, la orientación sexual, la creencia religiosa, entre otras.

Una de las vetas más importantes para acometer las etnografías dialécticas del capitalismo contemporáneo es entender cómo el proceso de acumulación de capital se articula a historias particulares de construcción de subjetividades e identificación política de los actores locales. Este proceso se desarrolla con mucho detalle en la historia del IMI y se devela en el accionar de la burguesía (nacional y transnacional) y el Estado, propia de la fase actual de acumulación, para destruir las subjetividades asociadas a formas particulares de solidaridades de clase. En Colombia, en su particular historia como neocolonia, este proceso neoliberal también se ha desarrollado por medio de formas violentas como el exterminio y el despojo, pero, como veremos más adelante, también ha sido un “espacio creativo” para ensayar nuevos mecanismos de destrucción de la vida, cuyo objetivo principal es abrir y despejar nuevos espacios, cuerpos y prácticas para la valorización del capital. Argumentaremos que estamos frente a una combinación de mecanismos materiales y simbólicos de disciplina y punición de los procesos sociales que insisten en la defensa de lo público, ya que estos se convierten en amenazas a la consolidación de la nueva identidad sociocultural, entendida como la ideología plena del libre mercado y el individualismo radical, incluso cuando se trata de la salud y el trabajo<sup>8</sup>.

Nuestra etnografía dialéctica, entonces, nos ha llevado a estudiar la historia del IMI y de sus trabajadoras —en cuanto experiencia y representación simbólica del orden público del nunca consolidado

---

8 En este sentido, retomamos el pensamiento de Gramsci que implica entender “el nexo entre la afirmación idealista de que la realidad del mundo es una creación del espíritu humano y la afirmación de la historicidad y la caducidad de todas las ideologías por parte de la filosofía de la praxis, porque las ideologías son expresión de la estructura y se modifican al modificarse esta” (Gramsci, 1970, p. 89).

Estado de Bienestar en Colombia<sup>9</sup>— en relación con el neoliberalismo, como expresión ideológica y forma de gobernanza del capitalismo tardío global, que busca relanzar su tasa de ganancia a través de la consolidación de la atención en salud como negocio lucrativo. Esta apuesta nos permitirá hablar de los nuevos dispositivos para la acumulación de capital como formas violentas que adquiere el capitalismo y que, si bien hacen parte de la dinámica del sistema mundo, se anclan en desarrollos históricos particulares. Es decir, los dispositivos específicos de violencia que seguiremos relatando, como la ruptura de la “familia IMI”, el abandono y deterioro físico del hospital que lo hacen ver como un hospital de guerra y en ruinas, y la destrucción de cuerpos individuales y colectivos de trabajadores (de forma activa y pasiva que llamaremos tortura y autodestrucción) emergen específicamente en Colombia (donde la relación ciudadanía-Estado ha tenido trayectorias particulares y donde, en su fase actual, el capitalismo criminal debe ser visto como la articulación de la burguesía con los sectores mafiosos<sup>10</sup>), pero no deben entenderse como particularidades exóticas de la nación, sino, siguiendo a Fassin (2007), como una propuesta en contra del culturalismo y a favor del análisis de la historia neocolonial a través de los sujetos y prácticas locales.

#### LA EXPERIENCIA LOCAL: VIVENCIAS DE LAS TRABAJADORAS DEL IMI

*Carmen:* Entonces entró La Victoria y eso eran celadores para acá y para allá, la gente venía menos porque ya había muchos inconvenientes, fuimos quedando pocos, algunos como que trataron de venir un tiempo [...] se fueron reduciendo hasta que no quedó ninguno [...] y yo tomé la decisión de venirme a vivir para acá con otra compañera. Yo venía todo el día y me quedaba la noche, mis hijos sabían que yo trabajaba acá, y yo vendía maní, galletas, ropa, y todas las artesanías, y duré como un año larguito, eso fue del 2006 en adelante.

---

9 Para el desarrollo de la política de protección social en Colombia, véase Giraldo (2007, 2009).

10 Para el desarrollo del concepto de Capitalismo Criminal en Colombia, véase Estrada (2008).



Carmen se formó como auxiliar de enfermería en la escuela del IMI, en donde empezó a hacer reemplazos en 1986 y hasta 1987 cuando se posesionó oficialmente en el cargo. Desde el 2006 y por más de un año, vivió en el hospital hasta que decidió volver a vivir en su casa, pero continúa asistiendo a diario a La Carpa. Está esperando que la situación jurídica se resuelva a su favor y reciba su pensión, ya que nunca firmó su renuncia.

Las vivencias de las trabajadoras del IMI revelan las transformaciones acaecidas en el régimen de acumulación de capital, particularmente en la transformación estructural de las relaciones entre el capital y el trabajo y del proceso de producción y circulación de los bienes y servicios en salud, durante los últimos veinte años. El desarrollo de la ley 100 de 1993 implicó la implementación del principio de competencia de mercado entre las instituciones hospitalarias de carácter privado y las públicas o semipúblicas (de beneficencia) en condiciones asimétricas. En este proceso, aún cuando en el IMI hubo esfuerzos por adaptarse efectivamente a la lógica de la administración gerencial de los servicios hospitalarios (Abadía-Barrero y Pinilla, 2009), las particularidades institucionales, que son producto de la objetivación de los compromisos históricos del régimen hegemónico de protección social anterior<sup>11</sup>, no eran compatibles con la demanda de autofinanciación y rentabilidad de los servicios propugnada por las reformas neoliberales. Ante esto, en un proceso largo y complejo, el Estado optó por una estrategia de destrucción-desvalorización masiva del capital fijo (predios y equipos) y del trabajo vivo, encarnado en sus trabajadoras y trabajadores.

*Yenny:* Uno ve que la realidad es otra [...] yo siempre he sentido que lo que perdimos fue muchísimo, ninguna plata nos va a recompensar, porque nadie nos va a garantizar una pensión buena [...] de todas maneras voy a seguir dependiendo económicamente, yo sé que no voy a poder sola [...].

---

11 Que implicaba, en cuanto a la atención en salud, la incorporación selectiva, restringida de las demandas sociales de sectores subalternos en el régimen fragmentado de protección social. Y, en cuanto a la fuerza laboral, la creación de un proletariado “protegido”, sobre todo en el sector público pero también en el privado, con capacidad expandida de consumo y compensaciones no salariales adicionales, generalmente fruto de las negociaciones sindicales. Para una elaboración ampliada véase Melo Moreno (manuscrito no publicado).

Con un origen de clase popular, Yenny se formó con mucho esfuerzo como terapeuta ocupacional y siempre buscó su independencia. En el año 2006, después de quince años de trabajo en el IMI firmó la carta de renuncia “voluntaria” presentada por la liquidadora y desde el 2007 tiene contratos temporales con el Hospital de La Victoria.

Las trabajadoras se vieron obligadas a “lanzarse” al nuevo mercado laboral de la salud, en el que la flexibilización laboral, iniciada con la Ley 50 de 1990 ya había logrado consolidarse, donde cooperativas privadas administran contratos mal pagos, por periodos cortos, sin garantías laborales y, por el contrario, con la exigencia de descontar de los reducidos salarios los gastos correspondientes a la privatizada seguridad social. En la nueva fase de acumulación flexible del neoliberalismo, las trabajadoras enfrentan un mercado laboral que les exige la transformación de sus subjetividades laborales para que sus capacidades como trabajadoras puedan ser sobreexplotadas (Antunes, 2003, 2005; García, 2007b).

*Carmen:* En este momento yo no quisiera volver a trabajar en enfermería, ya no es mi fuerte. A mí me gustaba mucho y yo considero que fui una buena auxiliar, ahora es una esclavitud muy grande. Yo de ver que todo cambió acá, con las compañeras, el nuevo director las grita, las manda, las estruja, no sé [...] yo creo que no me voy a poner en ese plan ni aquí ni en ningún otro lado, yo no trabajo en salud más.

Así, quienes intentaron conseguir nuevos trabajos vieron que muchas de sus capacidades y competencias laborales, como el cuidado integral a las gestantes y sus bebés, que incluía la preocupación por su bienestar, eran calificadas como superfluas y despilfarradoras de recursos. El mercado de trabajo en salud, sin que ellas se percataran, ya había redefinido lo que ahora se considera como “buenas trabajadoras”, quienes deben tener competencias gerenciales distintas a las habilidades y conocimientos de las trabajadoras del IMI. Su desventaja con respecto al “nuevo talento humano en salud” es evidente al contrastar su sentido del deber ser de un buen trabajo y de una buena trabajadora con las nuevas subjetividades laborales que están volcadas al control de gastos, a la facturación y a las restricciones de servicios prestados, todo lo cual es impuesto por la nueva lógica lucrativa de las

instituciones en salud (Abadía-Barrero et ál., 2007-2008; Defensoría del Pueblo, 2007; García, 2007a, 2008; Valdés, 2008). Inclusive su nivel de experticia clínica superaba los niveles de formación para el cargo a desempeñar y parte de su dificultad para conseguir empleo era el resultado de ser consideradas como “mano de obra sobrecalificada”. Por necesidad, a muchas les tocó acomodarse rápidamente a las nuevas relaciones laborales de explotación y ajustarse subjetivamente a la experiencia de la precariedad e inseguridad laboral permanente, que se configura a través de nuevas formas disciplinarias; estas minimizan la confrontación de clase y limitan las dinámicas espaciotemporales necesarias para la conformación de solidaridad de clase en el lugar de trabajo y en el espacio público.

Sin embargo, buena parte de las trabajadoras y trabajadores del IMI y el HSJD, se movilizaron, con el acompañamiento desigual en el tiempo de otros sectores sociales, ante la negación de sus derechos laborales, la destrucción de su lugar de trabajo y la desintegración de los lazos de solidaridad comunitaria que se forjaron allí. Esta larga historia de luchas, de construcción de solidaridades verticales<sup>12</sup> y horizontales<sup>13</sup> en los hospitales, y del trabajo colectivo realizado allí como una fuente muy importante de definición de la identidad de clase y la construcción de la subjetividad de las y los trabajadores, significó la consolidación de un sentido de pertenencia, es decir una identificación permanente entre ellas y su lugar de trabajo, lo que devino en su agencia de un proceso prolongado de resistencia sociopolítica y de defensa de las instituciones.

En esta historia, la preservación de la institución y lo que esta representaba para el cuidado de la vida, estaría por encima, incluso, de los intereses individuales de las y los trabajadores. A pesar de la incertidumbre en el pago de los salarios, ellas continuaron trabajando y gestionando recursos por su cuenta, con el fin de resistir al embate neoliberal y preservar la institución como modelo de protección y cuidado de la vida para las mujeres de los sectores populares y sus hijos e

---

12 Que se expresan en el reconocimiento mutuo del papel fundamental de las y los trabajadores en todos los niveles del IMI, es decir, directivos, docentes, estudiantes, enfermeras jefes y auxiliares, y personal de apoyo administrativo, mantenimiento y servicios generales.

13 Entre los distintos gremios.

hijas. Cuidar de las maternas y los neonatos, les significaba, inclusive, la redistribución de sus pocas rentas salariales hacia los pacientes (a quienes apoyaban con alimentos, hospedaje en sus viviendas y dinero para transporte, además de la compra de insumos clínicos cuando faltaban), con el fin de preservar la vocación de protección y preservación de la vida humana que habían forjado a lo largo de los últimos treinta años. Desde que el hospital llegó a una situación financiera insostenible (2004), las trabajadoras persistieron en la defensa de la institución y de sus derechos laborales. Cuando la gestión de recursos para mantener en funcionamiento el hospital no fue suficiente y este cerró sus puertas, enfrentaron jurídicamente y políticamente el despojo de sus derechos, para lo cual decidieron permanecer en algunos de los espacios convenidos del hospital (principalmente admisiones y el quinto piso) aún cuando su vínculo laboral fue terminado por vías extra e ilegales y sus actividades de resistencia y defensa del hospital no sean socialmente reconocidas. Por el contrario, en el camino de la resistencia, fueron golpeadas, humilladas, ignoradas y envueltas en falsas promesas de reconocimiento de sus derechos.

*Estela:* Lo más duro fue cuando entraron los negros esos [el Esmad] y yo no me acordé de mi corazón. Y una *tomba* (mujer policía) cogió y manoseó a una compañera, ella entró llorando [...] yo estaba asustada, aterrorizada.

Estela inició sus labores como Técnica de Rayos x en el IMI en el año 1987, trabajando diez años en el día y luego pasando al turno de la noche. En el año 1991 sufrió un infarto y desde esa época su corazón se ha convertido en su mayor preocupación de salud. Asiste a diario a La Carpa a cumplir su turno a pesar de haber sido declarada insubstituente por edicto.

Si bien muchas trabajadoras han desistido, no han logrado despojarlas de ese pedazo de hospital donde quisieran poder volver a una vida anterior con la restitución de su identidad de clase como trabajadoras dignas de lo público en Colombia, en la que se reconozca y valore su historia y se reivindiquen sus titularidades. Sin embargo, la estrategia de destrucción y despojo continuó por parte del Estado, en la medida en que edificios y equipos se pudrieron y perdieron en una maraña de enredos judiciales, sumada a la privatización parcial a través del

contrato de arrendamiento con el HLV y a las dilaciones en los distintos niveles del poder público, hasta que la solución final llegó a manos de lo que alguna vez Gunder Frank denominó como lumpen-burguesía (1970), encarnada en Pablo Ardila y la “mítica” Ana Karenina.

*Amparo:* Una auxiliar de enfermería que uno la había visto que era hasta como de izquierda y de pronto resultaba que Dios había enviado a la doctora Ana Karenina, pues uno dice que perdió la razón. Otra decía que niños que no han nacido ahí están rondando el Materno, a mí me da un poquito de miedo, porque ¿cómo dice sumercé que los que no han nacido están por ahí caminando porque no han podido nacer ahí?, pues uno dice ellas están como al borde [...].

Este Estado que, como afirma Ángela en la cita inicial de este artículo, los ha abandonado, mágicamente se aparece para liquidar sus luchas y al parecer señalar a la sociedad la nueva dinámica autoritaria en la que nadie puede desafiar el curso de la historia neoliberal en salud. Inclusive, el poder judicial, al cual ellas tanto han interpellado para que les proteja sus derechos, define en sentencia de la Corte Constitucional de 2008, reconocerlas como trabajadoras únicamente hasta el 2006, acabando con los sueños de muchas de obtener su pensión de jubilación en concordancia con las convenciones colectivas, y abriendo paso a las liquidaciones arbitrarias.

#### LA HISTORIA DE LAS TRABAJADORAS DEL MATERNO EN CLAVE GLOBAL: EL TURISMO INTERNACIONAL DE LA SALUD

Desde la lógica de mercado, la cadena productiva de la que hará parte el consorcio de Ciudad Salud está proyectada como una plataforma para la creación de ventajas competitivas en los servicios globales de salud, que se concreta por medio de la gestión integrada de las instituciones hospitalarias y el aprovechamiento de las economías de escala que la convergencia propiciaría. Ciudad Salud representa, entonces, la culminación de una serie de procesos que hacen parte de la fase actual de acumulación de capital en Colombia. Identificamos aquí tres procesos que son claves para comprenderla:

El primer proceso, corresponde a una lógica dual de destrucción de los activos públicos hospitalarios y su transferencia al sector

privado. En algunos casos, se puede advertir una estrategia deliberada de desvalorización masiva del capital fijo que, a su vez, presenta dos modalidades. Una es la transferencia de propiedad de bienes públicos al capital privado, que implica la desvalorización “real” y “ficticia” de los activos hospitalarios públicos. La “real” consiste en el abandono y la falta de inversión para la reposición y el mantenimiento de éstos, lo que implica su depreciación y su destrucción funcional. La “ficticia” es aquella que opera en el intercambio mercantil, cuando se liquidan (en el sentido comercial del término) los bienes públicos por debajo de los precios de mercado.

La segunda modalidad de esta lógica se podría observar en Ciudad Salud, que se constituye en un ejemplo de cómo la compulsión del capital, a fin de encontrar nuevos espacios y plataformas para su proceso de valorización, puede valerse de estrategias innovadoras que van más allá del problema de la transferencia de propiedad. Como explica Loepkky (2010), los bienes públicos bien pueden ser plataformas dentro del proceso de acumulación en el sector de la salud, aun cuando conserven su carácter formal como propiedad del Estado. La situación actual del IMI y el HSJD es un ejemplo de esto, pues su carácter de bienes públicos no enajenables, gracias a su condición de patrimonio histórico de la nación, bien favorecería la anexión de su capital fijo al del futuro consorcio sin que este tenga la necesidad de avanzar grandes sumas de dinero por su usufructo, ni de comprar los activos a través de figuras como la cesión o el comodato (Melo Moreno, manuscrito no publicado).

Además, Ciudad Salud implicaría la subordinación formal del Estado, en sus expresiones locales o nacionales, al poder del consorcio, que estaría en posición de controlar y administrar de manera autónoma, la inversión, el endeudamiento y la planeación de las funciones de los diversos hospitales de acuerdo a los objetivos empresariales propios de la plataforma de servicios, en menoscabo de la capacidad estatal de proponer y desarrollar políticas en salud.

El segundo proceso, parte de que las reformas neoliberales implican una recomposición radical del poder de clase: están orientadas a una redistribución de las rentas y capitales hacia las nuevas clases dominantes (Harvey, 2006, 2010). Esto es posible gracias al despojo de los bienes públicos, a través de las privatizaciones, y de la destrucción del régimen de protección social hegemónico anterior, basado

en compromisos redistributivos entre las elites y algunas fracciones de la clase trabajadora. La desmembración del “trabajador colectivo” del IMI y el HSJD, trae como consecuencias la emergencia de un nuevo contingente de trabajadores/as que favorecen la depresión salarial al ampliarse la masa de trabajadores calificados desempleados<sup>14</sup>, pero que también implica la homogenización de los salarios por lo bajo, al acabar con las “distorsiones” que introducían los lugares de trabajo que ofrecían mayores salarios y compensaciones, como el IMI y el HSJD.

Todo esto ayuda a configurar un nuevo régimen de mayor explotación de la fuerza de trabajo en salud, que comprende la intensificación (plusvalor relativo) y extensión de la jornada laboral (plusvalor absoluto) y el control disciplinario de las actividades que las y los trabajadores realizan. Otro caso particular, es la expulsión radical de las trabajadoras de la esfera de la producción de valor, al negarles la posibilidad de vender su capacidad de trabajo por medio de estrategias de ostracismo social y estigmatización grupal, minando así las posibilidades de articulación política de un bloque contrahegemónico de clase.

Y finalmente, el tercer proceso. En Ciudad Salud se puede observar cómo “la búsqueda de la competitividad” en el mercado global se convierte en una forma velada de subsidio hacia las economías del capitalismo avanzado. El costo de los servicios y las mercancías en salud en este complejo hospitalario tiene, necesariamente, que estar por debajo del ofrecido en instituciones homólogas de los países centrales, aun cuando el valor contenido, es decir la cantidad de trabajo incorporado, sea igual. Además, en la medida en que la intervención médica es un proceso fundamental en la reposición del capital variable (salarios + plusvalor), se estarían subsidiando los costos de reproducción de la fuerza de trabajo de los países del capitalismo central. En estos se podría mantener el precio de la mercancía *fuerza de trabajo* por debajo de su valor, ya que puede reducirse objetivamente el costo de los bienes-salario necesarios para la restauración del trabajo vivo, el capital variable, evitando la necesidad de que el salario cubra en su totalidad las mercancías y servicios de la salud<sup>15</sup>, sino que una parte de

14 Lo que los marxistas llaman como la ampliación del ejército de reserva.

15 Que hacen parte del conjunto de necesidades fundamentales porque permiten la renovación de la explotación de la fuerza de trabajo dentro del proceso de reproducción ampliada del capital.

ellos puede ser “no pagada” por el capital y/o el Estado a las y los trabajadores de un país central al ser ofertados más baratos en un país periférico. Así, en el intercambio que se da cuando las y los trabajadores-pacientes extranjeros adquieren estos servicios y mercancías médicas, ellos se apropian de una parte del plusvalor producido en el proceso “local” de producción y circulación de las mercancías-salud.

#### TORTURA Y AUTODESTRUCCIÓN COMO NUEVAS TECNOLOGÍAS DEL CAPITAL PARA LA ACUMULACIÓN Y EL DESPLIEGUE MORAL DE SU PODERÍO

Esta crisis financiera del IMI da cuenta de cómo se inscribe una nueva racionalidad gubernamental, agenciada por las elites tecnocráticas neoliberales, con la cual se logra re-articular ideológicamente la discusión sobre la distribución de los bienes públicos, un problema evidentemente político, en términos de los equilibrios macroeconómicos<sup>16</sup>. A través del uso de un lenguaje técnico, que se presenta como “neutral” e irrefutable, las elites neoliberales reconfiguraron el campo de fuerzas de la hegemonía, en la medida en que la fórmula inapelable de la insostenibilidad fiscal se presenta como un dispositivo fundamental en el ejercicio de la violencia simbólica, ya que casi todas las trabajadoras del IMI llegaron a pensar —y aún muchas de ellas así lo señalan— que o bien no habían trabajado lo suficiente para hacer el hospital rentable, o que sus derechos convencionales y la nómina eran la causa última del cierre del hospital. Este mecanismo le permitió al Estado, en gran medida, bloquear y restringir todos los reclamos políticos de las trabajadoras inclusive atacándoles su conciencia histórica y transformándoles su forma de pensar<sup>17</sup>. Lógicamente, el argumento estatal de “falta de recursos” debe entenderse entonces como un mecanismo discursivo de poder totalizante para atacar a estas fracciones particulares de la clase trabajadora, ya que las aseguradoras en salud siguen siendo de las empresas colombianas con mayor crecimiento en activos, y que la financiación del sistema de salud tiene ingresos varias veces superiores respecto al régimen pre-ley 100, lo cual señala, como

---

16 Léase déficit fiscal y pago de la deuda, y la eficiencia en el gasto público (Giraldo, 2009).

17 Como ya lo discutía Gramsci, las condiciones históricas alteran la esencia misma del sujeto, lo que él llamaba transformación molecular (Pizza, 2005).



ya se ha discutido en otros análisis sobre la mercantilización de la salud (Abramson, 2005; Angell, 2005; Jasso-Aguilar y Waitzkin, 2007-2008), otra forma de enriquecimiento del capital privado mediante la transferencia de fondos públicos y rentas ciudadanas.

El caso del IMI refleja cómo un Estado periférico resuelve la existencia de trabajadores/as de la salud con contratos públicos y con garantías laborales en un mercado transnacional privado. Múltiples violencias se narran y sienten en las voces y los cuerpos de estos/as trabajadores/as. Entendemos que varias propuestas de interpretación de la violencia (política, estructural, simbólica y cotidiana) (Bourgois, 2004), son evidentes en el proceso de privatización del IMI, y actúan por largos periodos de manera conexas pero con diferentes manifestaciones. Estas violencias constantes son de “baja intensidad” pero han aparecido con mucha fuerza como “tecnologías de violencia”, definidas por Kleinman (1995, p. 175) para el caso del trauma político como aquellas tecnologías que pretenden tiranizar utilizando sensibilidades culturales y formas de interacción social que mantienen ocultas las críticas y las resistencias. En resumen, Kleinman plantea que el trauma se usa sistemáticamente para silenciar a las personas a través de la generación de sufrimiento.

*Ángela:* Cuando me diagnosticaron el cáncer yo le pasé una carta a Ana Karenina diciéndole que me pagara el seguro y ella me dijo, “pues *sisbeníteese* o pague como independiente. A mí nadie me obliga”.

Para el caso del IMI, estas tecnologías de violencia son evidentes, por ejemplo cuando trabajadores/as son presionados/as para que renuncien o cuando entró La Victoria de la mano del Esmad, causando no solo rupturas en la estructura física del IMI sino también resquebrajando la integridad emocional y mental de las trabajadoras.

*Estela:* Yo no sabía lo que era la depresión y ahora sí, con esto sí. Ya estoy cansada, aburrída no, cansada. Pierdo el hilo de las cosas, la concentración. La situación del IMI lo ha empeorado. Me preocupa mi vejez y mi plata. Trato de no pensar en nada de esto, trato de olvidar. Yo no aguanto más [...] uno va hasta donde puede, pero aguantar hambre no es posible.

Aquí retomamos la discusión de Fassin (2004) para entender que lo que está en juego en el tipo de análisis históricos de dinámicas sociales propuestos, son las políticas que gobiernan la vida, es decir, el dominio de un orden moral particular que da significado a la misma existencia humana. Por otro lado, utilizamos los desarrollos de Lock y Schepher-Hughes (1996) sobre el cuerpo (individual, social y político) para repensarlos como cuerpos de vida y, por tanto, tipos de vida que están siendo afectados y destruidos.

Proponemos analizar las conexiones entre los diferentes tipos de violencia en el neoliberalismo y el dolor/sufrimiento de las mujeres como un ejercicio tecnológico sofisticado del neoliberalismo para favorecer la acumulación flexible mediante la destrucción de la vida (la vida de cada una de ellas, su vida laboral como representación simbólica que las ancla a su condición de trabajadoras públicas y su vida social como representantes de un colectivo político que trabaja por la salud materno-infantil) que se representa en la interconexión de las categorías *tortura* y *autodestrucción*.

Se ha argumentado que la tortura es un componente necesario de los Estados Modernos, pero Rejali (1994, p. 6) advierte que definirla no es sencillo, dadas las distinciones legales, morales y sentimentales de su uso. Si bien gran parte de la literatura se centra en la acción de tortura y en las subjetividades del torturador<sup>18</sup>, y ha recobrado interés en el contexto del imperialismo actual, principalmente con las torturas de Abu Ghraib<sup>19</sup>, encontramos que existen postulados que ven una interconexión entre tortura y modernidad, los cuales argumentan que en la conformación de los Estados modernos y hasta el presente, torturar cuerpos no solo ha sido constante sino “necesario”.

Darius Rejali (1994) propone cuatro explicaciones principales a la tortura moderna, las cuales intentaremos describir brevemente para señalar los elementos comunes que vemos en relación con el IMI y la manera en que puede repensarse la *tortura* como ejercicio de destrucción activa de la vida y la *autodestrucción* como resultado de la

---

18 El torturador representa algún tipo de ideología manifiesta en regímenes totalitarios, tal como es discutido por Hannah Arendt (1982) cuando habla del totalitarismo nazi y stalinista.

19 Véase, por ejemplo, el volumen editado de Levinson (2004).

implantación intangible de dispositivos que socavan el bienestar y la vida de las trabajadoras.

1) El *enfoque humanista* se relaciona con la idea que la esfera vital pública de interacciones ciudadanas, se caracteriza por la construcción de un trato digno entre los sujetos en el cual la tortura eventualmente desaparece. Hannah Arendt (1982), principal exponente de esta corriente, plantea que la tortura aparece cuando la vida burocrática de las sociedades modernas ejerce una presión desmesurada sobre la esfera vital pública. Es decir, cuando existe tensión entre democracia y burocracia de los estados modernos, y esta última puede actuar de forma no regulada y antidemocrática, lo que trae como consecuencia el hecho de que las personas no actúan siguiendo los principios de la ley sino siguiendo reglas administrativas y cuotas<sup>20</sup>, llevando a represión, tortura y genocidio. Para el caso del IMI, Ana Karenina está representada en las palabras de Rejali, cuando plantea: “[e]n la edad moderna, la violencia no es ejercida necesariamente por el diablo, el tirano cruel, como ocurría en el pasado. En cambio, la ejerce el burócrata aburrido pero responsable”, con lo que señala que no solo se ha banalizado el demonio, sino que se ha incorporado en sujetos indispensables para los sistemas políticos modernos (Rejali, 1994, p. 162)<sup>21</sup>:

*Carmen*: Unos lloraban, otros gritaban, otros firmaban, otros se iban, eso era un desastre. Pero a mí me llamaron para que fuera a firmar, pero yo dije, “yo no voy a firmar porque es que yo sé que todos los derechos que tenemos ahí es algo que es de nosotros y no lo podemos entregar así no más”. Yo fui partícipe de no dejar firmar a muchas compañeras: yo les decía “no firmen, no firmen

20 Lo que ella llama racionalidad instrumental. También véase Heyman (2004).

21 Como limitación del enfoque humanista, Rejali (1994) plantea que generalmente se denuncia el terror pero no se explica. Adicionalmente la distinción clave entre el ámbito público y el de la administración, oculta una asimetría importante, ya que por definición todo lo que no es público es considerado “administración”, una apuesta hipotética de inversión del estado legal. Rejali señala: “Torture is obviously administered by bureaucracies, but it is exercised in remarkably different ways” (1994, p. 162), lo cual imposibilita el análisis diferencial ya que todos los torturadores están clasificados como burocracia con una racionalidad eminentemente marcada en el postulado que tratan a los sujetos como objetos (p. 163). La crítica que Rejali tiene sobre este enfoque humanista es que romantiza la democracia como si fuese el oasis de la no tortura y niega las diferentes relaciones que torturadores establece con los torturados como sujetos y no simplemente como un objeto de tortura.

que la convención es vigente, no firmen así duremos años peleando”. Yo pedí una ficha para entrar con Ana Karenina y entré, y me dijo “¿vas a firmar?”, le dije “no, yo vengo a hablar con usted”, y me dijo “pero primero firme y luego sí”, y dije “no, es que uno primero habla y uno mira lo que va a comprar, es que uno no puede comprar algo que no es”, entonces se quedó mirando y me dijo “¿qué es lo que quiere?” y le dije “pues saber qué es lo que va a hacer con mis veinte años de trabajo acá porque es que yo no me puedo ir así, porque yo ya tengo tiempo para pensionarme, yo no me puedo ir así no más”, y dijo “pero es que ustedes están jóvenes para que trabajen”, “pero es que no importa, yo ya me gané mi pensión y usted no me la puede quitar así no más”. Le quité mi cédula y le dije “yo no voy a firmar”, entonces me dijo “yo la anoto aquí en las especiales”, las que nos dejaron de últimas para liquidar. Ella liquidó lo que quiso, por lo menos a mí me salieron 20 millones, pero no es eso lo que realmente es.

También es muy significativo para la presente investigación señalar los tres tipos de racionalidad instrumental descritos por Rejali como parte de la historia de Irán, bajo los cuales los torturadores han tratado a los torturados, y que son también evidentes en el IMI: a) como medios para un fin, b) como parte de un sistema para obtener información y c) como oponentes que son estratégicamente derrotados o conquistados (Rejali, 1994, p. 163).

2) En el *enfoque desarrollista* de la modernización (principalmente debatido para el tercer mundo) existe una tensión entre quienes proponen que la racionalización de la vida económica y política a través del disciplinamiento cívico y del trabajo, hace que las personas se autorregulen evitando sanciones externas tipo tortura, y los que plantean que, justamente, el desarrollo económico sin participación política tiene efectos desestabilizadores en las sociedades y promueve la violencia (Rejali, 1994, p. 165)<sup>22</sup>. Para el caso del IMI, es claro que la participación política en el neoliberalismo, en el ámbito de la salud, se ha caracterizado por juegos de poder con cooptaciones y tránsitos ideológicos y nunca por negociaciones. La idea de que el disciplinamiento desarro-

---

22 Lo cual explica, por ejemplo, el surgimiento de la contrainsurgencia.

llista evita la tortura es por un lado revaluada por los datos del IMI: si bien las trabajadoras aprendieron a facturar y la institución se volvió rentable, ellas fueron o están siendo liquidadas. Por el otro, es claro que la resistencia al disciplinamiento comienza a corroer sus cuerpos, proceso favorecido por dispositivos como el abandono o la incertidumbre.

*Carmen:* yo siempre fui en el turno de la noche, y cuando yo veía que en mis servicios solo había dos bebés y en otros había uno, en otros no había nada, y mamás no había ninguna, ahí ya era inminente, de aquí a mañana llegamos y ya no habrá nada. Un día llegué y en el servicio mío había un bebé, y llegó la ambulancia por ese bebé y todo el mundo llorando, y fue muy terrible ver todo eso vacío y uno tenía a su cargo quince niños, u ocho o diez, y no haber ninguno y al otro día ya, cerrado.

3) El *terrorismo de Estado*, enfoque avanzado principalmente por Noam Chomsky y Edward Herman para el lado imperial. Plantea la tortura de Estado como una forma de gobierno caracterizada por “procedimientos operativos estandarizados en múltiples centros de detención, aplicables a cientos de detenidos y usado con la aprobación e intención de las máximas autoridades” (Herman, citado en Rejali, 1994, p. 168). Grandes complejos de tortura tienen relación con gobiernos extranjeros y con redes del capitalismo global y el interés de distintas empresas multinacionales (Rejali, 1994, pp. 168-169). Esto resulta relevante en el caso del IMI, donde es evidente su funcionamiento como complejo de tortura aunque en este caso las acciones violentas son ejecutadas por el Estado como protector de los intereses privados sin hacerse necesaria la participación directa de la coerción privada. El confinamiento a un espacio, los interrogatorios, los abusos, la alteración del estado mental y las violaciones a los derechos humanos, sin embargo, deben pensarse en conexión con mercados globales en salud, los cuales requieren que instituciones como el IMI desaparezcan con sus trabajadores para poder hacer uso de su territorio como parte de Ciudad Salud.

Como diferencia queremos señalar que en los complejos de tortura tradicionales del terrorismo de Estado, la máxima de la tortura es la destrucción del ser humano sin llevarlo a la muerte. En el caso del IMI, la máxima podría entenderse como la eliminación del sujeto, bien sea al

llevarlas al abandono de la institución para dar paso al “progreso neoliberal en salud”, o a través de la muerte laboral para que se conviertan en trabajadoras flexibles (más rentables para las nuevas empresas privadas en salud) y para que no le generen al Estado gastos de pensión.

*Estela:* Con esta situación en cualquier momento yo vuelvo a infartar [...] La de azulito entró en estado de depresión, sin servicio médico y ella se encerró, se encerró, enloqueció y se murió.

*Amparo:* [Mi familia] estaba todo el tiempo pendiente, fue una depresión terrible. Bueno yo creo que la compañera que murió, ella tenía problemas depresivos, tenía tratamiento y manejó su problema, pero al final murió [...].

*Ángela:* Se han muerto seis compañeras/os desde el 2007.

La eliminación efectiva de la vida también está en curso a través de los mecanismos de autodestrucción que propician la desaparición progresiva de los sujetos no solo con las seis que han muerto, sino con tantas otras que han desaparecido del espacio de lucha y reivindicación.

4) El cuarto enfoque es el adelantado por Michel Foucault, apoyado en Nietzsche, quien señala como principio que el castigo fortalece la memoria y lleva a que las personas regulen sus acciones. En este caso la abolición de la tortura ocurre cuando los individuos se autorregulan y autocastigan, es el caso de las prácticas protestantes, la disciplina electoral de los Estados liberales, la disciplina del trabajo en las economías industriales, etc. (Rejali, 1994, pp. 190-191). La tensión planteada por Foucault es aquella entre la racionalización y los excesos del poder político moderno que han refinado las tecnologías de la tortura. La tortura, en este sentido, es la falla en la racionalización del biopoder ya que al destruir la vida se atenta contra la economía. Seguimos a Rejali en su argumento sobre la diferencia entre economías de desperdicio y distintas interpretaciones al término “utilidades”. Para el mercado laboral en el contexto neoliberal, los trabajadores flexibles no funcionan como ciudadanos que demandan al Estado el derecho al trabajo, sino que son segmentos de la cadena productiva que en un contexto de sobreoferta de trabajadores pueden ser reemplazados, despreciados y sobreexplotados y en donde, en últimas, como hemos querido argumentar, atentar contra la vida, genera utilidades.

Al disminuir gastos de personal y explotar la nueva fuerza de trabajo mediante el entrenamiento y disciplinamiento industrial, se aumenta la productividad. Si bien se ha reportado que torturar trabajadores bajo el paradigma moderno no tiene los resultados económicos esperados (Rejali, 1994, p. 190) y que por el contrario mejorar las condiciones laborales aumenta la productividad, en el IMI tanto las trabajadoras expulsadas de sus puestos de trabajo, como aquellas que han sido recontratadas bajo el esquema inestable de órdenes de prestación de servicio, o las que mueren sin recibir pensión o liquidación, refutarían este postulado.

El análisis sobre estas tecnologías de destrucción de la vida nos lleva a encontrar que efectivamente varios sujetos las encarnan y ejercen y están presentes o actúan en distintos niveles, momentos y contextos: desde los más próximos como el Esmad, hasta los más distantes (temporal y espacialmente), como quienes gestaron las políticas que han llevado a eliminar el IMI (las leyes 50 y 100), pasando por múltiples agentes de destrucción intermedios o intermediarios. El proceso de privatización del IMI como tortura y autodestrucción nos obliga a preguntarnos también por los fines de estas como dispositivos tecnológicos en el contexto neoliberal de los trabajadores de la salud y discutir qué tanto se ajustan o no los eventos violentos del IMI con las características descritas como razones para destruir la vida, como la eliminación de focos sociales considerados “contaminantes”, el delatar cómplices de lo que se considera atenta contra el bien social mayor, o el encausamiento de conductas desviadas o potencialmente desviadas.

Lo que hemos visto es el desarrollo de una tecnología de dominación propia de la fase destructora de vida del proceso de acumulación capitalista contemporáneo. Como en otros espacios de la sociedad colombiana, la necesidad de valorización del capital y la demostración dramática del poder de clase inscrito en el Estado está por encima de la biopolítica “positiva”; ya no se trata, entonces, de gobernar a través de los cuerpos sino de la supresión de la existencia biológica. La biopolítica que, siguiendo a Foucault (2005), se funda en la idea de que la acción de gobernar está articulada a la conservación, maximización y aprovechamiento del potencial vital por medio de la conducción racional de la acción de los sujetos, es desplazada por una racionalidad gubernamental que se funda en la producción de poblaciones despreciables, cuya

vida es prescindible, la *bare-life* (“la existencia banal”) que Agamben (1998) propone.

*Amparo*: eso fue un suicidio, mejor dicho cuando se llevaron a Juan David, el último paciente del IMI, ahí si ya no teníamos nada que hacer.

Proponemos a manera de hipótesis, para el caso de las trabajadoras del HSJD y del IMI, que el proceso de destrucción de la vida es expresión de una nueva tecnología gubernamental que representa una “superación positiva” de los mecanismos coercitivos y disciplinarios de poder, que habían sido desplegados en periodos anteriores del proceso de resistencia. En esta nueva economía de poder aparece una fase activa que puede ser entendida como tecnología de dominación tipo tortura (Abadía-Barrero et ál., en prensa), pero que su accionar no solo implica la destrucción o el control directo sino que instauro otros mecanismos que actúan sutilmente como la indiferencia, el desprestigio, la expoliación de su razón de ser como trabajadoras de la salud (es decir, el vaciamiento de pacientes del hospital), la falta de reconocimiento y la arbitrariedad gubernamental. Además, es importante reconocer aquí la relevancia de la táctica de dilación en el tiempo del reconocimiento de los derechos adquiridos, que ya habían sido restringidos y limitados de facto por el propio sistema judicial.

Esto permite la inscripción, bajo la forma que Foucault (2005) denomina como “mecanismos de seguridad”, de dispositivos de auto-destrucción en los cuerpos de estas mujeres, que previenen la necesidad de intervención coercitiva para establecerlas como parte de una población sobrante. Solo basta explotar las tácticas antes descritas, que se fundan en la desprotección, la incertidumbre y la indiferencia como principios de acción, para inocular en sus cuerpos dispositivos que les han generado malestar y enfermedad.

*Carmen*: Quién sabe hasta cuándo estaremos, ¿hasta cuándo será? Yo no puedo dejar de venir, vengo sábado, domingo, festivos y entre semana, cuando trabajaba era medio día o era en la noche cada tercer noche, pero ahora son todos los días, yo llevo acá a las ocho, ocho y media y me estoy yendo a las cinco [...] es mucho tiempo.



Se cumple, de este modo, con el doble objetivo de ejercer una acción punitiva ejemplarizante sobre la movilización política de las clases trabajadoras y, eventualmente, dilatar o cancelar la disputa por la reparación legal del despojo de los derechos laborales legítimamente adquiridos. Esta tecnología de dominación se extiende sobre las familias de los/as trabajadores/as en la medida en que actúa como un disgregador de las solidaridades y de la capacidad de imaginación y planificación a futuro de la vida familiar.

Lo anterior funciona, también, como una gran máquina representacional de los alcances que llega a tener esa racionalidad punitiva del Estado neoliberal: quienes persisten en la resistencia<sup>23</sup> a las diversas modalidades de la dominación capitalista deben ser despojados del reconocimiento simbólico de su existencia y, aún, de la posibilidad de continuidad de su vida como sujetos (Franco, 2009).

Así, queremos redefinir y complejizar lo que anteriormente habíamos planteado para pensar el IMI como complejo de tortura (Abadía-Barrero et ál., en prensa), para atender a la destrucción de la vida que hemos descrito en función de la interconexión tortura/autodestrucción. Estas tecnologías de destrucción de la vida corresponderían a acciones de “corta duración” (días, meses o años), enmarcadas en lo que Bourgois (2004) denomina “continuo de violencias”, que causan dolor físico-emocional profundo a tal forma que destruyen cuerpos individuales, sociales y políticos, y que son ejecutadas por actores de poder estatal sobre otros que desafían alterarlo y que están enmarcadas en principios morales, legales y emocionales de un ideario sobre el deber ser del futuro de la sociedad. Estos principios que sustentan lo que se considera el bien social mayor amenazado, seguirán desarrollos históricos particulares y, como consecuencia, los dispositivos utilizados y las formas como se vive la tortura/autodestrucción, se manifestarán de formas culturalmente diferenciadas.

Para este caso, el bien social amenazado es la consolidación del modelo neoliberal de la salud en Colombia, en el cual, la acumulación flexible del capital mediante la venta de servicios en salud requiere del afianzamiento de gerencias mercantiles en las instituciones de salud y

---

23 En un lógica que guarda cierta homología con la “guerra sucia” y otras lógicas contrainsurgentes.

la transformación de las subjetividades de trabajadoras/es y sus formas de contratación. Sin embargo, lo que está en juego, es la destrucción de la vida no solo como mecanismo que favorece la acumulación, sino como innovación en los mecanismos de control social que cubren el plano individual de cada trabajadora y el orden simbólico que encarnan, ya que su praxis histórica representaba un ideario político del derecho a la atención en salud como parte del cuidado de la vida. En este sentido, este proceso resulta no solamente en la destrucción del IMI y sus trabajadoras, sino en la destrucción para el país de un pensamiento y praxis política para el cuidado de la vida.

*Estela:* ¿Ahora a dónde llevarán esos chinitos, esos que recorren en el caño, en la calle?

#### AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente al grupo de trabajadoras/es del Instituto Materno Infantil (IMI), quienes nos permitieron acompañarlos durante los cinco años de trabajo investigativo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadía, C. y Estrada, J. H. (2007-2008). Volumen monográfico “Capitalismo y salud”. *Palimpsestvs*, 6, 7-9.
- Abadía-Barrero, C., Cortés, G., Fino, E., García, C., Oviedo, D., Pinilla Alfonso, M. Y. et ál. (2007-2008). Perspectivas Inter-Situadas sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia. *Palimpsestvs*, 6, 163-176.
- Abadía-Barrero, C., Navarrete, H. G., Pinilla Alfonso, M. Y. y Martínez Parra, A. G. (2006). En alto riesgo: la crisis de la salud pública en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Antípoda*, 3, 199-226.
- Abadía-Barrero, C. E. y Pinilla, M. Y. (2009). *Privatización de la salud en Colombia: ideología de mercado y resistencias en el Hospital Universitario Instituto Materno Infantil (IMI) de Bogotá* (ensayo final del concurso Cultura, Poder y Contrahegemonía, 2008). Buenos Aires: Clacso.
- Abadía-Barrero, C. E., Pinilla, M. Y., Ariza, K., y Ruiz, C. (en prensa). Neoliberalismo en salud: la Tortura de trabajadoras y trabajadores del Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública*.
- Abramson, J. (2005). *Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine*. New York: Harper Perennial.

- Agamben, G. ([1995] 1998). *Homo Sacer. Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press.
- Angell, M. (2005). *The Truth About Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. New York: Random House.
- Antunes, R. ([1995] 2003). *¿Adiós al trabajo? Ensayo sobre las metamorfosis y el rol central del mundo del trabajo*. Buenos Aires: Herramienta Ediciones.
- Antunes, R. (2005). *Los sentidos del trabajo: ensayo sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Buenos Aires: Herramienta Ediciones, Taller de Estudios Laborales.
- Arendt, H. ([1951] 1982). *Los orígenes del totalitarismo. Parte II: Imperialismo*. Traducción de Guillermo Solana. Madrid: Alianza Universidad.
- Bourgeois, P. (2004). The Continuum of Violence in War and Peace: Post-Cold War Lessons from El Salvador. En N. Scheper-Hughes y P. Bourgeois (eds.), *Violence in War and Peace*. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing.
- Breilh, J. y Tillería, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar Abya Yala.
- Butler, J. (1997). *The Psychic Life of Power. Theories in Subjection*. Stanford: Stanford University Press.
- Defensoría del Pueblo. (2007). *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Estrada, J. (2008). *Capitalismo criminal. Ensayos críticos*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-326.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- Fassin, D. (2007). *When Bodies Remember. Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M. (2005). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Franco, V. (2009). *Orden contrainsurgente y dominación*. Bogotá: Ediciones Siglo del Hombre, Instituto Popular de Capacitación.
- García, C. (2007a). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Universitas Psychologica*, 6(1), 143-154.
- García, C. (2007b). Las tecnologías empresariales del yo: la construcción de sujetos laborales en el contexto del trabajo inmaterial. *Universitas Psychologica*, 6(1), 49-58.
- García, C. (2008). Subjetividades laborales: impacto de la reforma de la salud en trabajadores de tres hospitales públicos de Bogotá. *Pre-Til*, 6(17), 28-44.
- Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Ediciones Desde Abajo.
- Giraldo, C. ([2001] 2009). *Finanzas públicas en América Latina: la economía política*. Bogotá: Ediciones Desde Abajo, Escuela Superior de Administración Pública.
- Góngora, A. y Suárez, C. J. (2008). Por una Bogotá sin mugre: violencia, vida y muerte en la cloaca urbana. *Universitas Humanística*, 66, 107-138.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. New York, Melbourne: Cambridge University Press.
- Gramsci, A. (1970). *Notas críticas sobre una tentativa de "Ensayo popular de sociología"* Gramsci y las Ciencias Sociales. Córdoba: Ediciones Pasado y Presente.
- Gunder Frank, A. (1970). *Lumpenburoesía: lumpendesarrollo dependencia, clase y política en Latinoamérica*. Medellín: La Oveja Negra.
- Harvey, D. (2006). *The Limits of Capital*. London, New York: Verso.
- Harvey, D. ([2005] 2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Harvey, D. (2010). *The Enigma of Capital and the Crisis of Capitalism*. London: Profile Books Ltd.
- Heyman, J. M. (2004). The Anthropology of Power-Wielding Bureaucracies. *Human Organization*, 64(4), 487-500.
- Jasso-Aguilar, R. y Waitzkin, H. (2007-2008). El Estado, las multinacionales y la medicina contemporánea. *Palimpsestvs*, 6, 69-82.
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine. The Rise of Disaster Capitalism*. New York: Metropolitan Books.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the Margin. Discourses Between Anthropology and Medicine*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

- Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (eds.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Levinson, S. (2004). *Torture. A Collection*. New York: Oxford University Press.
- Lock, M. y Scheper-Hughes, N. (1996). A Critical Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. En C. Sargent y T. Johnson (eds.), *Handbook of Medical Anthropology*. Connecticut: Greenwood Press.
- Loepky, R. (2010). Certain Wealth: Accumulation in the Health Industry. En L. Panitch y C. Leys (eds.), *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism. Socialist Register 2010*. London: Merlin Press Ltd.
- Marcus, G. E. y Fisher, M. M. (1986). *Anthropology as Cultural Critique. An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Melo Moreno, M. A. (en revisión). Quitate tú pa'ponerme yo. Un análisis prospectivo de Ciudad Salud desde una perspectiva marxiana. Manuscrito no publicado.
- Ortner, S. B. (1984). Theory in Anthropology Since the Sixties. *Contemporary Studies in Society and History*, 26(1), 126-166.
- Panitch, L. y Leys, C. (2009). *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism. Socialist Register 2010*. London: The Merlin Press.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, "capacidad de actuar" (*agency*) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32.
- Quevedo, E., Borda, C., Eslava, J. C., García, C. M., Guzmán, M. del P., Mejía, P. et ál. (2004). *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rejali, D. M. (1994). *Torture & Modernity. Self, Society, and State in Modern Iran*. Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press.
- Robinson, W. I. ([2004] 2007). *Una teoría sobre el capitalismo global: Producción, clases y Estado en un mundo transnacional*. Traducción de R. Moncada. Bogotá: Desde Abajo.
- Roseberry, W. (1988). Political Economy. *Annual Reviews of Anthropology*, 17, 161-185.
- Rosen, G. ([1958] 1993). *A History of Public Health*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

- Rylko-Bauer, B. y Farmer, P. (2002). Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4), 476-502.
- Smith, N. (1982). Gentrification and Uneven Development. *Economic Geography*, 58(2), 139-135.
- Valdés, E. (2008). La transformación de la gestión hospitalaria en el Distrito Capital. *Pre-Til*, 6(17), 64-84.
- Wolf, E. R. (1999). *Envisioning Power: Ideologies of Dominance and Crisis*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.