

Revista de Libros y Revistas

WORLD INEQUALITY LAB, INFORME SOBRE LA DESIGUALDAD GLOBAL 2026

París: World Inequality Lab; 2025. Disponible en: https://wir2026.wid.world/www-site/uploads/2025/11/WIR26_Executive_Summary_Spanish.pdf

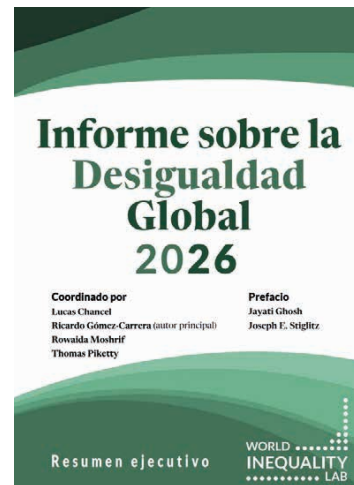
El actual Informe Mundial sobre la Desigualdad (WIR 2026) corresponde a la tercera edición de esta serie. Antes fue los años 2018 y 2022. Estos informes se basan en el trabajo de más de 200 académicos de todo el mundo, afiliados al Laboratorio Mundial sobre la Desigualdad y que contribuyen a la mayor base de datos sobre la evolución histórica de la desigualdad global. Este trabajo ha ayudado a redefinir la manera en que los responsables políticos, los académicos y la ciudadanía comprenden la magnitud y las causas de la desigualdad, poniendo de relieve el separatismo de los ricos globales y la urgente necesidad de una justicia fiscal para las altas esferas. También, sus resultados han servido de antecedentes para los debates nacionales e internacionales sobre la reforma fiscal, la tributación de la riqueza y la redistribución en distintos foros internacionales. En esta oportunidad, el Informe indaga sobre nuevas dimensiones de la desigualdad que definen el siglo XXI: el clima y la riqueza, las disparidades de género, el acceso desigual al capital humano, las asimetrías del sistema financiero global y las divisiones territoriales que están reconfigurando la política democrática. Lo que permite identificar que la desigualdad actual no se limita a los ingresos o la riqueza; afecta a todos los ámbitos de la vida económica y social.

La desigualdad global en el acceso al capital humano sigue siendo enorme hoy en día, probablemente mucho mayor de lo que la mayoría de la gente imagina.

A nivel internacional, el informe WIR 2026 documenta cómo el sistema financiero global perpetúa la desigualdad. Las economías ricas siguen beneficiándose de un privilegio desmesurado: cada año, alrededor del 1 % del PIB mundial (aproximadamente tres veces más que la ayuda al desarrollo) fluye de los países más pobres a los más ricos mediante transferencias netas de renta extranjera, asociadas a rendimientos excesivos persistentes y menores pagos de intereses sobre las deudas de los países ricos.

Los principales hallazgos se pueden resumir en los siguientes:

1. El mundo es extremadamente desigual. el 10% de la población mundial con mayores ingresos gana más que el 90% restante, mientras que la mitad más pobre de la población mundial concentra menos del 10% del ingreso global total. La riqueza está aún más concentrada, el 10% más rico posee tres cuartas partes de la riqueza mundial, mientras que la mitad más pobre solo posee el 2%.
2. La crisis climática si bien es un desafío colectivo, también es profundamente desigual. Los datos señalan que la mitad más pobre de la población mundial representa solo el 3% de las emisiones de carbono asociadas a la propiedad privada de capital, mientras que el 10% más rico representa el 77% de las emisiones. El 1% más rico, por sí solo, representa el 41% de las emisiones derivadas de la propiedad privada de capital, casi el doble de la cantidad generada por el 90% restante de la población en conjunto.
3. En el ámbito de la vida cotidiana la desigualdad se expresa en el reconocimiento de los seres humanos por su trabajo, quiénes son recompensados por sus contribuciones y quiénes ven limitadas sus oportunidades. Entre las divisiones más persistentes y generalizadas se encuentra la brecha entre hombres y mujeres. A nivel mundial, las mujeres captan poco más de una cuarta parte del ingreso laboral total, una proporción que apenas ha variado desde 1990.



4. El estudio de la desigualdad en distintos países y a lo largo del tiempo revela que las políticas públicas sí pueden reducirla. Esto demuestra cómo la tributación progresiva y, especialmente, las transferencias redistributivas han reducido significativamente la desigualdad en todas las regiones, particularmente cuando los sistemas están bien diseñados y se aplican de manera consistente. En Europa y América del Norte y Oceanía, los sistemas de impuestos y transferencias han reducido sistemáticamente las brechas de ingresos en más del 30 %.
5. La desigualdad también está profundamente arraigada en el sistema financiero global. Los países que emiten monedas de reserva pueden endeudarse persistentemente a menor costo, prestar a tasas más altas y atraer ahorros globales. Por el contrario, los países en desarrollo se enfrentan a la situación opuesta: deudas costosas, activos de bajo rendimiento y una continua fuga de capitales.
6. La desigualdad determina quién está representado, qué voces tienen peso y cómo se forman, o no se forman, las coaliciones. A mediados del siglo XX, los votantes de menores ingresos y con menor nivel educativo apoyaban mayoritariamente a los partidos de izquierda, mientras que los grupos más ricos y con mayor nivel educativo se inclinaban hacia la derecha. Hoy eso no es así y los sectores más ricos, logran la adhesión, de justamente quienes padecen de sus políticas.

El trabajo concluye con la afirmación de que la desigualdad no es inevitable, es el resultado de las decisiones políticas. Es el resultado de nuestras políticas, instituciones y estructuras de gobierno. Los costos de la creciente desigualdad son evidentes: mayores divisiones, democracias frágiles y una crisis climática que afecta principalmente a quienes menos responsabilidad tienen. Pero las posibilidades de reforma existen. Donde la redistribución es sólida, la tributación justa y se prioriza la inversión social, la desigualdad se reduce. Y finaliza con la sentencia de que las decisiones que tomemos en los próximos años determinarán si la economía global continúa por un camino de extrema concentración o avanza hacia una prosperidad compartida.

En la Ficha por país, la realidad de Chile es descrita en los siguientes términos:

En Chile, la desigualdad sigue siendo alta, pero ha disminuido notablemente desde 2014. El 10% de la población con mayores ingresos acumula alrededor del 60% del ingreso total, mientras que el 50% con menores ingresos recibe 8,2%. La concentración de la riqueza es aún mayor: el 10% más rico posee el 69% de la riqueza total, y el 1% más rico, más de un tercio.

La brecha de ingresos entre el 10% con mayores ingresos y el 50% con menores ingresos se redujo de 89,8 a 72,3 entre 2014 y 2024, lo que refleja un progreso en la reducción de las disparidades. El ingreso promedio per cápita es de aproximadamente 19 000 euros (PPA), y la riqueza promedio supera los 75 000 euros (PPA). La participación laboral femenina aumentó del 35,6% al 37,3%, mostrando una mejora gradual. A pesar de estos avances, la desigualdad en Chile sigue siendo alta en comparación con otros países.

Dr. Jorge Lastra Torres

“INTEGRACIÓN Y COMUNICACIÓN EN EL CAMPO DE SALUD MENTAL. UNA EXPERIENCIA BRITÁNICA” (1965) DE LUIS WEINSTEIN. UNA RELECTURA

El texto “*Integración y comunicación en el campo de salud mental. Una experiencia británica*”, de Luis Weinstein (Weinstein 1965) -publicado en Cuadernos Médico-Sociales- presenta una reflexión situada sobre los problemas de articulación del campo de la salud mental, a partir de una experiencia de observación e investigación realizada en Aberdeen, Escocia, y pensada explícitamente como insumo para el desarrollo de programas de salud mental en Chile. Sus ideas siguen vigentes.

Esta relectura de ningún modo sustituye a la lectura del texto original, disponible en el link en las referencias.

Resumen analítico

El artículo parte de una definición amplia de *campo de salud mental*: no lo reduce a la psiquiatría ni al tratamiento clínico, sino que lo entiende como un conjunto de actividades vinculadas con problemas de salud mental desde una perspectiva comunitaria. En ese campo incluye prevención, tratamiento, rehabilitación, estudios socioculturales, antropológicos, epidemiológicos, educación, trabajo social, psicología, salud pública

y liderazgo comunitario. Esta definición es relevante porque desplaza el foco desde el “paciente psiquiátrico” hacia una red de prácticas, instituciones y actores que intervienen sobre el sufrimiento psíquico y la vida social.

La preocupación central del texto es la *fragmentación del campo de salud mental*. Weinstein observa que, tanto en Chile como en la experiencia británica estudiada, existen múltiples instituciones, profesiones y enfoques que trabajan sobre problemas similares, pero con escasa coordinación efectiva. El problema no es solamente la falta de recursos, sino la dispersión de saberes, jerarquías profesionales, diferencias de lenguaje, tensiones de estatus y ausencia de mecanismos estables de comunicación.

Desde esta perspectiva, el autor identifica tres obstáculos principales para el trabajo integrado. Primero, el estatus profesional, especialmente la tendencia de algunos actores a defender su posición institucional o disciplinaria. Segundo, la tensión entre análisis clínico especializado y sentido común comunitario, pues los equipos de salud mental pueden quedar encerrados en categorías diagnósticas o técnicas que no siempre dialogan con la experiencia cotidiana de educadores, asistentes sociales, familias o comunidades. Tercero, la *investigación*, que puede ser percibida como una amenaza por los equipos prácticos, ya sea porque introduce evaluación externa, porque cuestiona rutinas establecidas o porque altera relaciones de poder dentro de los servicios.

La experiencia de Aberdeen funciona como un caso de estudio. Weinstein describe una ciudad con una red relativamente amplia de servicios psiquiátricos, salud pública, educación, asistencia social, justicia juvenil, clínicas de conducta, servicios matrimoniales y proyectos de investigación. Sin embargo, la existencia de una red amplia no garantiza por sí misma integración. El autor muestra que incluso en un contexto con más recursos institucionales que Chile, persisten problemas de coordinación, diferencias conceptuales y dificultades para articular investigación, clínica, prevención y trabajo comunitario.

Uno de los aportes más interesantes del texto es que entiende la salud mental como un espacio de *disputa conceptual*. Los psiquiatras clínicos tienden a definir los problemas desde categorías psicopatológicas y diagnósticas; los investigadores sociológicos tienden a observar conductas, adaptación social, rendimiento escolar, relaciones familiares y condiciones culturales; los equipos de salud pública se sitúan en una zona intermedia, donde la salud mental aparece como mezcla de factores subjetivos, sociales y comunitarios. Esta pluralidad no es presentada como un defecto en sí mismo, sino como una condición que exige comunicación, traducción y coordinación.

El artículo también subraya que la integración no puede imponerse solo desde arriba mediante normas administrativas. Para Weinstein, la coordinación requiere una *institución aglutinante*, pero también requiere confianza, reconocimiento mutuo y disposición a compartir información entre sectores. La investigación realizada en Aberdeen mostró que muchos equipos estaban interesados en los resultados, pero también inquietos respecto de sus consecuencias prácticas: qué se haría con los datos, quién los usaría, para qué fines y cómo afectarían las responsabilidades de cada servicio.

Analíticamente, el texto puede leerse como una crítica temprana al aislamiento disciplinario de la psiquiatría y a la separación entre salud mental, salud pública y comunidad. Su tesis de fondo es que los problemas de salud mental no pueden abordarse adecuadamente desde instituciones cerradas, saberes fragmentados o programas paralelos. Requieren una red coordinada capaz de integrar clínica, prevención, educación, investigación social y participación comunitaria.

Ideas centrales

1. La salud mental es un campo interdisciplinario, no una propiedad exclusiva de la psiquiatría.
2. La falta de integración es un problema técnico, institucional y político, no solo administrativo.
3. La comunicación entre profesiones y servicios es condición básica para cualquier programa comunitario de salud mental.
4. La investigación puede ser una herramienta de integración, pero también puede generar resistencia si se percibe como control externo.
5. La experiencia británica sirve como espejo para Chile, mostrando que incluso sistemas más desarrollados enfrentan dificultades cuando no existe coordinación efectiva.

Valor del texto para pensar salud mental comunitaria

El valor del artículo está en su carácter anticipatorio. En 1965, Weinstein ya plantea problemas que siguen vigentes: *fragmentación de redes, dificultad de coordinación intersectorial, tensión entre clínica y comunidad, distancia entre investigación y práctica, y necesidad de construir lenguajes comunes entre profesionales*. Leído hoy, el texto permite reconocer

que la salud mental comunitaria no depende únicamente de cerrar hospitales psiquiátricos o crear dispositivos territoriales, sino de producir nuevas formas de articulación institucional, epistemológica y práctica.

Su límite principal es que mantiene un lenguaje propio de su época, con categorías como “conducta desviada” o “mala salud mental”, que hoy exigirían una lectura crítica. Sin embargo, su aporte sigue siendo significativo: muestra que la salud mental comunitaria no es solo un modelo asistencial, sino un problema de *integración social, comunicación interinstitucional y reorganización del trabajo profesional*.

Referencias

- Weinstein, L. . (1965). Integración y comunicación en el campo de salud mental. Una experiencia británica. *Cuadernos Médico Sociales*, 6(1), 8–13. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2169>

Dr. Rafael Sepúlveda

¿ÉTICA O IDEOLOGÍA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL?

El eclipse de la razón comunicativa en una sociedad tecnologizada
Adela Cortina (2025, 2ª ed). Barcelona Santiago, Editorial Planeta.

El más reciente texto de esta prolífica filósofa española aborda un tema de actualidad general, particularmente en Chile donde la implementación de la inteligencia artificial (IA) se desarrolla con vigor.

Todo ser humano, provisto de un cuerpo que lo identifica como miembro del género *homo sapiens*, lleva inherente un sentido moral, y la pregunta que ello suscita es acaso la IA ha de tener su propia moral, ha de obrar según la moralidad integrada al diseño sus productores, o dependerá su desempeño moral del uso que se le dé. ¿o que se le permita? Depende, por de pronto, si la IA es diseñada como híbrida de lo humano, —transhumanismo cibernético—, un cyborg sofisticado que puede llegar a niveles de inteligencia que substituta al ser humano (la Singularidad de Kurzweil); alternativamente, el transhumanismo biológico basado en biología sintética, apuntando a la creación de una nueva especie.

Aparecen riesgos, temores, promesas auspiciosas para la humanidad, que Cortina reconoce llevan el probable riesgo de beneficiar a los poderosos y cargar a la gran masa de personas menos afortunadas a con los riesgos de identificación indeseada, intimidad violada, autonomía cercenada por decisiones algorítmicas. Todos estos problemas, y otros por venir, requieren un diálogo democrático de libre acceso universal, una ética de la comunicación según los lineamientos de Habermas, como en el texto queda aclarado. Los interlocutores válidos “como seres dotados de dignidad y no un simple precio, como quienes son carne de la misma carne y hueso del mismo hueso.” Es lo que Adela Cortina ha denominado la “razón cordial”.

Preocupada por la necesidad de una normativa regulatoria de la IA, Europa ha sobresalido en este aspecto, anticipando el “efecto Bruselas” consistente que el continente llegue a ser “superpotencia regulatoria” con alcance mundial, para integrar el triángulo de Estados Unidos como líder en innovación, China en productividad y la Unión Europea en normatividad como resultado “del difícil esfuerzo de conjugar la eficiencia en los sistemas de IA con la *protección* y la *promoción* de los derechos personales.”

El marco ético para una IA confiable descansa en los “cuatro principios clásicos”: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, a los que agrega la “explicabilidad” y la “trazabilidad”, curiosamente dejando sin mención los cuatro principios de bioética y bioderecho presentados por una Comisión Europea *ad hoc* en el año 2000: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad.

En el capítulo sobre ética robótica, Cortina detalla tres niveles: la ética profesional de los “robocistas” que se ciñe al principalismo de Georgetown, la ética incorporada al diseño de los robots complicada por



la incertidumbre sobre cuáles principios morales incluir, y el diseño de “*agentes morales artificiales perfectamente autónomos*”, una meta por ahora inalcanzable, quedando en el texto sin mayor análisis. Finalmente concluye que “el enfoque híbrido es irrenunciable, vale decir, hay que revisar los res enfoques clásicos: deontología, utilitarismo, sometidos a diálogo de pares, es decir, seres humanos que tienen derechos y deberes, animales que tienen valor, son sujetos de cuidados pero no de derechos. Acaso los seres supra o transhumanos sean personas, la autora prefiere soslayar el tema señalando la miseria de millones de humanos desatendidos, marginados, asunto que Castoriadis abordó veinte años antes, y que fue resumida por Hanna Arendt con la descripción de “los que no tienen derecho a tener derechos”.

En fidelidad al subtítulo del libro, los últimos capítulos reiteran fielmente la razón comunicacional según Habermas, la claridad del lenguaje no siendo solo cortesía del filósofo, también es derecho del auditor, al final sintetizando lo comentado para verlo incorporado a una educación para “personas que quieren utilizar cualesquiera instrumentos, también los sistemas inteligentes, para estrechar la intersubjetividad entre los seres humanos y cuidar de la naturaleza.” Para lograrlo es preciso educar en esta unión de corazón que hace tiempo vengo llamando «razón cordial».

El texto de Adela Cortina es un buen compendio de lo que se viene debatiendo en torno a la IA, con algunos esclarecimientos de ética filosófica que ayudan a abordar la vanguardia tecnocientífica ahora enfocada en digitalización, robótica, IA y transhumanidad. Aunque el pensamiento tenga opción y capacidad, tiene que sortear la tentación del “eclipse de la razón” (primera Escuela de Fráncfort), del desapego (K. Araujo), el desinterés (Sloterdijk), la tentación de un somnoliento vivir con babuchas puestas (Bruckner); sus desafíos son portentosos, pero “si cedemos, estamos perdidos” (Ibid.).

Lidia, este acercamiento bioético a la portentosa realidad de la IA madurando hacia metas insospechadas, impelido por enormes inversiones expectantes de profitar de esta aventura digital. La audacia de este texto es doble: se interna en las arenas movedizas de un desarrollo digital inconmensurable de efectos insospechados, de una ética que solo puede expresarse en forma prematura, líquida diría Zygmund Bauman; por otra parte, Adela Cortina confía su análisis al principialismo de Georgetown, de recepción inicial exitosa, hodierno opacada por críticas de fondo que la pensadora soslaya, concentrada en agregar sus dos principios adicionales, para la creación de la razón cordial.

En tiempos turbulentos, cuyo presente y futuro son apocalípticamente descritos por el Antropoceno, el riesgo mayor es naturalizar la realidad alterada, refugiarse en la indiferencia, la insensibilidad, el estoicismo que hoy se llama resiliencia, que no protesta ni se opone a lo que nos daña. En ese sentido, el libro reseñado nos llama a despertar, a desperezar la razón

Dr. Miguel Kottow

LA MEJOR SALUD DEL MUNDO UNA CRÓNICA DE LA CRISIS DE LA SALUD EN CHILE

Editorial Planeta, mayo 2026

En el texto recientemente publicado de los autores Juan Carlos Said, médico internista, Magister en Salud Pública y Marcela Ramos, Periodista, Magister en Políticas Públicas, se presenta un riguroso análisis histórico documental del desarrollo mercantil de la salud en Chile y de su expresión en la política pública, develando la trama de intereses económico políticos que hasta el día de hoy -en medio de la crisis del sector- intervienen en el debate que se resume en asumir o no la salud como un derecho y en discutir el rol del Estado y el mercado en el financiamiento y provisión de los servicios, sin dejar de subrayar los alcances que en la salud de la población juegan los factores estructurales y la determinación social de la salud y la enfermedad.

El libro comienza con un relato de los hechos y los actores del período 1973-1981, destacando la impronta que deja la dictadura militar y la hegemonía del pensamiento de la escuela de Chicago y en particular la Oficina de Planificación (Odeplan) a cargo de Miguel Kast, en la elaboración de la política de salud y la disyuntiva entre la salud pública y la libertad de elegir.

La segunda parte está dedicada a seguir rigurosamente el proceso de génesis e instalación de las Isapres (1981-1990), analizando en detalle el rol del poder político económico y de algunos tecnócratas del campo de la salud

en el desarrollo de uno de los más florecientes negocios en el campo de la salud. En la tercera parte (1991-2010) se muestra el clímax de desarrollo que alcanzan las Isapres, a la vez que se muestran sus contradicciones que llevarán a su desplome (2010-2023).

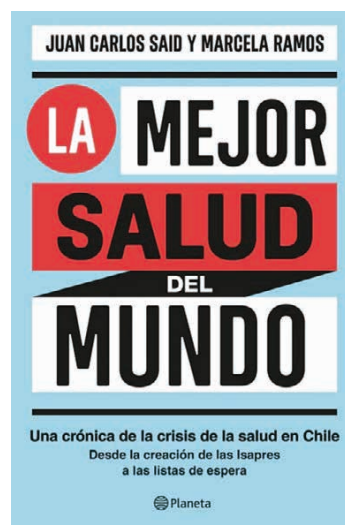
La parte V se refiere a la “Nueva Salud Pública” destacando lo que fue el debate sobre desigualdad de acceso a la salud en el período presidencial de Ricardo Lagos y los pormenores de la formulación y aprobación del Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

La parte VI busca desmitificar la idea que el elegir vivir sano es una opción sustentable dadas las condiciones desfavorables en que vive gran parte de la población, así como que los avances de la medicina son los que impactan mayormente sobre la expectativa de vida, o que un Estado ineficiente es el problema o que es mejor la atención si es privada y se paga. O que se puede financiar a todos cualquier demanda.

Un capítulo se dedica a transparentar el impacto que tiene el tabaco en la salud y la ardua lucha de la salud pública para conseguir intervenir con la prevención frente a los poderosos intereses económico políticos de las Tabacaleras (ilustrado con el caso chileno).

Finalmente la Parte VII se refiere al futuro de la salud en Chile para lo cual se hace el ejercicio de destacar y comparar la realidad actual de distintos otros sistemas de salud (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Suiza, Australia, Uruguay), para concluir en un balance de la situación de salud del país y de su sistema de salud y expresando ideas acerca de los cambios a introducir para cerrar brechas de inequidad, ineficiencia en el uso de los recursos y apuntando a reforzar un paradigma de racionalidad sanitaria por sobre una lógica de mercado.

El libro constituye un valioso recurso teórico metodológico para el análisis en profundidad de los intereses que jugando en las sombras determinan el saldo rojo de la realidad sanitaria del país y su proyección a futuro.



Dr. Jaime Sepúlveda Salinas

ERIC D. CARTER¹: “REPENSANDO LA HISTORIA DE LA MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA “

La medicina social ayudó a producir amplias mejoras en la salud pública en toda América Latina en el siglo XX. Mi libro, *In Pursuit of Health Equity: a History of Latin American Social Medicine* (University of North Carolina Press, 2023), intenta ofrecer el primer análisis integral de la historia intelectual y política de la medicina social en América Latina, para entender cómo promover la equidad en salud bajo condiciones políticas y económicas desafiantes. Actualmente, estoy terminando la versión en español de libro, que espera publicarse en 2027.

El esquema del libro parte de un reconocimiento de las distintas características de dos grandes oleadas de la medicina social latinoamericana. La primera oleada, que surge aproximadamente entre 1930-1950, se puede calificar como un higienismo extenso e intenso, que buscaba conducir la sociedad entera bajo preceptos científicos. Con su pluralismo político y eclecticismo intelectual, este primer auge de la medicina social reunía a figuras tan diferentes como Salvador Allende y Eduardo Cruz-Coke, en Chile, Ramón Carrillo, en Argentina y Carlos Paz Soldán en el Perú.

Luego, a mediados del siglo XX la medicina social prácticamente desapareció en toda la región, debido al

¹ Eric D. Carter es Profesor de Geografía con cátedra en Salud Global en Macalester College, Saint Paul, Minnesota, EEUU. Tiene una licenciatura en historia de la Universidad de California, Berkeley (1994), y una maestría (1999) y un doctorado (2005) en geografía de la Universidad de Wisconsin, Madison. Sus investigaciones son interdisciplinarias, y se ubican en un nexo entre la geografía médica, la historia ambiental y la historia política y social de la salud.

Autor de dos libros: *Enemy in the Blood: Malaria, Environment, and Development in Argentina* (University of Alabama Press, 2012), una historia socio-ambiental de la erradicación del paludismo en Argentina, e *In Pursuit of Health Equity: a History of Latin American Social Medicine* (University of North Carolina Press, 2023), una historia intelectual y política de la medicina social en América Latina. Actualmente se desempeña como editor asociado de la revista *Latin American Research Review*, y como miembro de los comités editoriales de *Población y Sociedad* y *Annals of the American Association of Geographers*.

predominio de las instituciones internacionales tecnocráticas como la OMS o la OPS y al sentimiento anticomunista generalizado a principios de la Guerra Fría. El resurgimiento de la medicina social, que comienza a fines de los 1960, se debe a la desilusión ante la modernización tecnocrática, a la oposición al autoritarismo y a la aparición de nuevas teorías sociales. Aquí se destacan personajes dentro de las instituciones internacionales de la salud—como Juan Cesar García, Mario Testa o Miguel Márquez—quienes empezaron a reunir a otros expertos con ganas de romper con las normas burocráticas y buscar cambios más profundos en los sistemas de salud y los modelos político-económicos en que se ubicaban.

En el libro, Chile figura como un escenario principal de esta historia con alcance continental. Entre las décadas de 1930 y 1950, una agrupación de médicos de izquierda (autodenominados “La Vanguardia Médica” por un tiempo), junto con actores políticamente más conservadores que simpatizaban con la medicina social, impulsaron una transformación del sistema de salud, dentro del marco del creciente Estado de Bienestar. Este sistema fue heredado por una generación de profesionales con una formación más técnica y conocimientos especializados—integrados en instituciones como la Escuela de Salud Pública, el Servicio Nacional de la Salud y el Colegio Médico de Chile, con su revista *Cuadernos Médicos Sociales*—por ejemplo, Benjamín Viel y Abraham Horwitz, arquetípicos tecnócratas de la salud. Santiago también fue la sede de varias instituciones que aplicaban las ciencias sociales a los problemas de la salud y del desarrollo durante la misma época, como CEPAL, CELADE y FLACSO.

En los 1970 hubo trastornos políticos dentro de la profesión médica en Chile. El Colegio Médico empezó a socavar el precepto de solidaridad del SNS, se volvió más conservador y su personal directivo se opuso al gobierno de la Unidad Popular. Luego del golpe militar de septiembre de 1973, muchos de los médicos y salubristas chilenos en exilio participaron en la defensa de la salud pública y algunos se vincularon estrechamente a la corriente de la nueva medicina social, entre ellos, Danuta Rajs, Gustavo Molina Guzman, Clara Fassler, Jaime Sepúlveda, Juan Carlos Concha, Carolina Tetelboin.

La fuerte solidaridad internacional y la experiencia compartida de la represión política a lo largo de la década de 1970 contribuyeron a moldear la perspectiva de ALAMES, fundada en 1984, la organización que más ha contribuido a fomentar la medicina social en la región, desafiando primero el autoritarismo y luego las corrientes neoliberales en el sector de salud.

El libro demuestra que la medicina social latinoamericana no fue una derivación de la escuela europea de medicina social, como se ha sostenido en muchas historias. No existe una ascendencia directa de Rudolph Virchow, el llamado fundador de la medicina social en Alemania (un tema que he tratado con más profundidad en una colaboración con el historiador Marcelo Sánchez Delgado). En realidad, los activistas de la medicina social latinoamericana se han dedicado a un análisis profundo de los problemas nacionales y se han conectado a través de redes de expertos a escala regional en Latinoamérica. De forma similar a la trayectoria de muchos otros movimientos intelectuales y creativos regionales—desde la teoría de la dependencia en economía hasta el modernismo tropical en arquitectura—la consolidación de la medicina social latinoamericana dependió del reconocimiento y el cuestionamiento de la dependencia de Europa y Norteamérica a medida que avanzaba el siglo XX.

A pesar del escaso número de sus adherentes, la medicina social latinoamericana ha tenido una influencia desmesurada y duradera en las políticas sanitarias y sociales de muchas partes de América Latina, gracias al profundo compromiso de sus defensores, la calidad de su análisis de los problemas del sector sanitario y su capacidad para influir en el proceso político en momentos críticos.

Hacen falta el pensamiento crítico en salud y un compromiso con la acción política para enfrentar las contracorrientes que ahora amenazan la salud pública en distintos países y a nivel internacional. La investigación histórica es imprescindible para entender cómo se ha logrado avanzar nuestros derechos, inclusive el derecho a la salud, y por qué vale la pena seguir luchando.

Dr. Eric D. Carter

