

ACMS

VI CONGRESO MUNDIAL DE MEDICINA SOCIAL  
Tenerife (Canarias) 10-14 septiembre 1989

DEMOCRACIA,  
DESIGUALDAD  
Y  
SALUD

Conferencia inaugural  
de  
Giovanni Berlinguer (+)

(+) Profesor de Higiene del Trabajo, Università di Roma  
Dirección: Via di San Giacomo 4, 00187 Roma

(1)

## 1 - La transferencia de la morbilidad

La relación entre enfermedades y desigualdades sociales fue enunciada en estos términos por Sigerist, en 1943:

Las condiciones de salud son generalmente bastante mejores, al menos en los países occidentales, aún cuando de este progreso no se han beneficiado igualmente las diversas partes sociales. El proceso ha sido a menudo el siguiente. Una enfermedad, como la tuberculosis o la malaria, contagiaba la población de manera indiscriminada. Con el desarrollo de la civilización se ha obtenido un incremento del nivel de vida y un notable progreso de la medicina. Las clases sociales de más elevado bienestar han sido las primeras en beneficiarse de estas ventajas, mientras que la enfermedad continuaba atacando predominantemente a las clases menos pudientes....

Una etapa siguiente se alcanza cuando un país consigue erradicar definitivamente una enfermedad. En tal caso resulta, por decirlo de alguna forma, proscrita del país, aún continuando existiendo en otros lugares, o bien en otros países que están estructuralmente más retrasados en su desarrollo económico. Esto ha ocurrido con muchas enfermedades contagiosas.

Las conclusiones que se pueden deducir de estos hechos son evidentes. En cada país las enfermedades deben ser atacadas con todos los medios disponibles, especialmente en las clases menos pudientes, allí donde son más frecuentes. Y puesto que, con el desarrollo de los medios de comunicación el mundo se ha hecho muy pequeño, es preciso racionalizar y programar no solamente nivel nacional, sino a escala internacional.

Existe una solidaridad humana de los problemas sanitarios que no puede ser impunemente desatendida (1).

Desde ese análisis ha transcurrido casi medio siglo. Las condiciones de salud han mejorado ulteriormente en los países occidentales y casi por doquier. El mundo se ha vuelto más pequeño, aunque mucho más poblado; y algunas patologías emergentes -como el SIDA, las drogas, las ecopatías de contaminación-

(2)

han reforzado la idea de que "existe una solidaridad humana de los problemas sanitarios que no se puede desatender", sin grave perjuicio para todos.

Un obstáculo a esta solidaridad estriba en que el mecanismo de "transferencia de la morbilidad" hacia las clases más explotadas y hacia los países menos desarrollados, que Sigerist describió para las enfermedades infectivas, se ha visto confirmado para otras patologías: las enfermedades que derivan de las condiciones del trabajo industrial y agrícola; las que son expresión de la contaminación del medio ambiente natural y de la degradación del medio ambiente urbano; incluso las que parecen originadas por opciones personales, por comportamientos individuales y no sólo por factores sociales.

Existe, pues, una exigencia y al mismo tiempo una ruptura de la solidaridad. La imagen de nuestro planeta como una astronave, cuyos pasajeros deben encarar un destino común, no sólo es sugestiva sino también realista, por la interdependencia que existe en las vicisitudes políticas y antes aún en los equilibrios naturales. Y me recuerda otra expresión náutica, más tradicional: "estamos todos en ~~el~~ mismo barco".

Pero, cuando el barco se hunde, la diferencia queda brutalmente al descubierto. En el naufragio del Titanic, el 14 de Abril de 1.912, entre los pasajeros británicos murieron el 10% de aquellos viajaban en la 1ª clase, el 16% de la 2ª clase y el 45% de la 3ª clase. Es un episodio real, pero también es una metáfora de una condición humana difusa.

Las estadísticas más antiguas y más precisas se encuentran en Gran Bretaña, donde la serie histórica de la mortalidad por clases sociales ha sido a menudo acompañada por análisis que han afrontado brutalmente la realidad. Entre estos, el volumen Desigualdades en la Salud conocido como Black Report (2) y más recientemente The Health Divide, de Margaret Whitehead, que ha suscitado grandes discusiones en Gran Bretaña.

Se ha documentado que las 32 mayores causas de muerte atacan más a los pobres que a los ricos, con una sola excepción: un tumor cutáneo (el melanoma), más frecuente en aquellos que se broncean excesivamente en las playas tropicales. Los índices de mortalidad por infarto y por tumores pulmonares han crecido entre las mujeres que hacen trabajos manuales, mientras que han descendido entre aquellas que desarrollan otras misiones. Entre los empleados civiles del Ministerio de Defensa, la mortalidad en servicio es 3 veces superior a la de los dirigentes. El suicidio es de 12 a 15 veces más frecuente entre los desocupados, sobre todo si son de largo tiempo, que en el resto de la población. El balance total lleva a la siguiente amarga conclusión: las enfermedades de salud se han hecho más graves en comparación con los 50 en todos los grupos de edad, men... a un año de vida, para los... sido compensado por la asistencia sanitaria nacional.

Una curiosa "clase social", aún cuando obtiene en las estadísticas de Mary Falk... de evaluación... más altos. Pero los trabajadores manuales... han alcanzado... única excepción a la Guerra Mundial, con la leche gratuita... las clases sociales

demuestra... obstante... y trabajo... De

tivo de medidas de "nivelación social" dramáticas como una guerra, se... de los ingleses. Una investigación de ~~epidemiología y salud comunitaria~~ ingleses del siglo XX se han hecho... diferencia significativa entre trabajadores manuales (más bajos) e intelectuales (más altos): los primeros... los segundos tenían hace 20 años. La... entre los nacidos durante la II... del racionamiento alimentario y de... en igual medida a los hijos de... delante, la diferencia se ha reproducido.

También existen estadísticas interesantes para Francia, el país de la <sup>égalité</sup> ~~liberté~~ donde la desigualdad social ante la muerte ha sido documentada más veces.

En Italia, la palabra clase social no está comprendida en el léxico del Instituto central de estadística. Solamente hay indicadores indirectos de las diferencias de mortalidad, porque las cifras han sido distintas según el nivel de instrucción ~~social~~.

Además de la... social, también las causas de fallecimientos y enfermedades. En FIAT, en los años cincuenta, cuando el movimiento de los trabajadores eran muy débiles, raramente se regis-

(4)

traban accidentes mortales del trabajo: ocurría que los accidentados eran llevados al hospital e incluidos en otras motivaciones. Esta situación mejoró (y se redujo también el número de los accidentes reales) a partir de los años sesenta, con la reanudación de las luchas sociales. En el último período, no obstante, se ha vuelto a presentar el caso (denunciado por los sindicatos y comprobado por el Ministerio de Trabajo) de trabajadores que han sido convencidos, con amenazas o promesas, a declarar los accidentes laborales como ocurridos en el exterior, o a consentir un <sup>declaración</sup> ~~diagnóstico~~ de ausencia por enfermedades comunes.

## 2 - Los círculos viciosos de la desigualdad

Sobre la relación entre enfermedades y desigualdad dentro de los distintos países, un

hecho evidente (cuando se estudia) es que la desigualdad, la explotación y la opresión concurren para producir o agravar las enfermedades. ~~Las~~

Existen no obstante mecanismos y círculos viciosos diferentes de la desigualdad. En algunos casos, las enfermedades o la ausencia de cura facilitan la aparición de otras enfermedades. En Barcelona, por ejemplo, se ha evaluado la ausencia de dientes o prótesis en las diferentes clases sociales: resulta claro que este hecho influye sobre la patología gastroenterítica y metabólica (4).

Existen además enfermedades y accidentes que precipitan a los trabajadores y trabajadoras a la desocupación (también porque las empresas tienden hoy en día, más que antes, a tener mano de obra que tenga la máxima capacidad de producción), que provocan <sup>por</sup> lo tanto una condición altamente morbígena. En Italia, por ejemplo, el nivel ~~es~~ alto de mortalidad infantil, que antes se encontraba entre las madres ocupadas en la industria y en la agricultura, se encuentra ahora entre las madres desocupadas. En general, en los países desarrollados la falta de trabajo no tiene las mismas consecuencias que tenía en los años 30, cuando los desocupados sufrían fenómenos carenciales e infecciosos, es decir por la ausencia de condiciones elementales de asistencia. Hoy existen formas públicas y familiares de asistencia, que ahorran a menudo estos sufrimientos; pero prevalecen formas morbosas psicósomáticas y psíquicas. Resulta afectada, más que el cuerpo en sus funciones fundamentales, la mente: una demostración de que el trabajo no es solamente una necesidad de ganar, sino una condición para vivir.

Existen diferencias sociales no solamente en el estar enfermo, es decir en sufrir o no un daño biológico, sino también en la posibilidad de verificar si se está sano o enfermo. En un trabajo de J.M. de Miguel (5), se ha

documentado el mayor o menor interés de los médicos en visitar a los pacientes, según la clase social, en España:

Duración de la visita del médico por clase social.

Duración en minutos	Clase alta	Clase media	Trabajadores manuales	Pobres
5 minutos	5	22	38	65
6-14 "	32	42	41	26
15-30 "	31	20	15	2
31-60 "	27	11	5	4
1 h. y más	5	5	1	3
Total	100	100	100	100

El tiempo dedicado a la anamnesis, a la diagnosis y a la prescripción es muy distinto, como puede verse; y es sabido que de esto depende la precisión del diagnóstico médico y la posibilidad de curas eficaces.

Existen también diferencias en la percepción subjetiva de la enfermedad.

He recordado ~~antiguos~~ (6) que la percepción está in-

fluenciada por la cultura, el trabajo y la riqueza. Una investigación realizada ~~hace años~~ en los Estados Unidos sobre varios síntomas, para determinar si los afectados solicitaban o no curas médicas, encontró respuestas muy diferentes entre sujetos de varias clases sociales ~~trabajadores~~. Algunos fenómenos (como el mal de espalda o la disminución de peso) son considerados en las clases pobres como casi normales; pero incluso señales que hacen suponer graves enfermedades, como la presencia de sangre en las heces y en la orina, o módulos probablemente tumorales en el seno o en el abdomen, no eran considerados, a menudo, como suficientes para someterse a curación.

Existen también, además de la diferente percepción de los síntomas, sensibilidad o posibilidad de acceso a las curas, que son distintas, según el trabajo y según el nivel de información. ~~Existen particularmente~~

Existen enfermos que no son reconocidos y por el contrario sanos que son catalogados como enfermos basándose no en parámetros biológicos, sino en criterios de "normalidad social" definidos arbitrariamente. Esta tendencia estuvo particularmente extendida en la época del positivismo, ~~se~~ y está

refloreando. Existen por fin

anomalías biológicas que se catalogan como enfermedades en algunos casos, y en otros no. En algunas fábricas se ha introducido, por ejemplo, la diagnosis citogenética, para tratar de descubrir si los trabajadores o las trabajadoras tienen anomalías que puedan estallar en enfermedades, en el contacto con sustancias tóxicas o con agentes físicos presente en el ambiente de trabajo. En lugar de modificar el ambiente se seleccionan los trabajadores; y así, sujetos que en otras profesiones no tendrían ningún impedimento, se encuentran excluidos del trabajo, y caen de una enfermedad solamente potencial, en las enfermedades reales relacionadas con la desocupación. Esta tendencia crea nuevas discriminationes sociales, que se basan en sofisticados métodos diagnósticos, alteran la tradición de secreto profesional y plantea problemas éticos muy delicados.

### 3 - Progresos y dificultades

No existe un Informe Black sobre las desigualdades en la salud en el plano internacional. Pero muchos libros y revistas, entre los cuales el International Journal of Health Services, y la propia Organización Mundial de la ~~Salud~~<sup>Salud</sup> las han documentado ampliamente.

Entre los muchos interrogantes que en este período de profundos estremecimientos surgen en nuestro ánimo -de todos nosotros, quien más joven y quien veterano de la medicina social- se plantea el siguiente: ¿en qué medida la democracia, la ciencia, las transformaciones sociales, han logrado modificar estas injusticias? ¿Qué problemas debemos encarar en nuestros días?

Creo que ha sido positivo todo el trabajo llevado a cabo para poner en evidencia el nexo entre enfermedades y sociedad, y para empeñar las competencias profesionales, y sobre todo las poblaciones -a partir de los trabajadores- en la acción por el

(7)

propio bienestar. Esto ha atenuado las desigualdades, ha ampliado el acceso a los tratamientos, ha impuesto algunas medidas de prevención, ha afirmado el derecho a la salud, si no en la realidad, en las leyes del Estado. El ejemplo más reciente son las formulaciones muy avanzadas de la Constitución de Brasil, influenciadas ampliamente por el movimiento para la reforma sanitaria y por muchos amigos que han marchado con nosotros en estos años.

Las revoluciones sociales y nacionales de este siglo han aportado, en las primeras fases, muchos progresos y más aún grandes esperanzas; pero ahora prevalecen los síntomas de crisis. Los países del Este europeo, a partir de la Unión Soviética, figuran entre los pocos del mundo en donde <sup>algunos</sup> ~~los~~ indicadores de

salud -esperanza de vivir al momento de nacer, mortalidad infantil- han empeorado en el último decenio. Por lo que hace a otras experiencias, en un seminario convocado por estudiantes, Vicente Navarro, hablando sobre Historical Triumph: Capitalism or Socialism(?) remarcó justamente los éxitos de Cuba en el campo de la salud y la instrucción en comparación con otros países de América Latina, así como los de China con la India. Pero en la propia Cuba se notan muchos síntomas de estancamiento; y en China el haber salvado a muchos millones de recién nacidos de una muerte precoz no puede justificar el haber matado a miles de <sup>Jovenes</sup> ~~estudiantes~~ en la plaza Tienanmen.

En los países occidentales, donde ha sido más constante la democracia y más fuerte la influencia de las luchas sociales, el progreso sanitario ha sido elevado y constante, habiendo proseguido en los últimos años. Por ello considero que la expresión crisis del Welfare State es impropia, si se refiere al bienestar en el sentido físico y psíquico, y válida solamente para los aspectos económicos e institucionales, que no pueden ser considerados prevaletentes.



Confirma esta sensación el hecho de que las experiencias más positivas llevadas a cabo en estos países, tienden a ser utilizadas en su sustancial valor -no ciertamente copiadas- ~~o~~ ~~en~~ en otras áreas del mundo. Me refiero, por ejemplo, a los movimientos <sup>La reforma sanitaria y</sup> por la salud de los trabajadores que se están desarrollando en numerosos países de América Latina; y al hecho -re-reciente e inesperado- de que en los Estados Unidos, tras la borra-rechera reaganiana y sus consecuencias negativas sobre la salud y los gastos sanitarios, se fomentan en las sedes oficiales pro-repuestas de reforma de los servicios que marchan en el sentido

del Welfare State. La propuesta presentada en el Congreso de Estados Unidos "Por un programa nacional de seguros sanitarios" (8) prevé un seguro global, descentralizado en los poderes locales, programado; y el New England Journal of Medicine ha publicado la propuesta de 412 médicos, que representan a todos los Estados y todas las especialidades, que parte de esta premisa: "Nuestro sistema sanitario está en crisis. Decenas de millones de personas no están aseguradas, los costes ascienden continuamente y la burocracia está en plena expansión. Reformas fragmentarias se han sucedido cambiando sólo los viejos problemas con los nuevos. Ha llegado el momento de realizar un cambio radical en la medicina americana".

Pero también en los países del Welfare, que tienen

Servicios sanitarios nacionales, o sistemas generalizados de seguros sociales (el primer caso es el de Gran Bretaña, ~~Ita-~~ <sup>Suecia</sup> Italia, el ~~segundo~~ de Francia, Alemania Federal y otras naciones europeas), en el último decenio se han manifestado, no obstante, tendencias restrictivas y selec-retivas.

Estas se justifican con la insostenibilidad de las cargas financieras de la sanidad. Estas cargas son sin embargo superiores, tanto como gasto per cápita como en relación con el producto interior bruto, donde prevalece el sistema asis-retencial privado. Los datos de <sup>1984</sup> ~~2000~~ son los siguientes:

Nación:	Gasto sanitario total (% PIB)	Gasto per cápita (*)
BÉLGICA	6,2	777
FRANCIA	9,1	1.145
ITALIA	7,2	725
ALEMANIA OCCIDENTAL	8,1	1.079
ESPAÑA	5,8	476
ESTADOS UNIDOS	10,7	1.637

Las medidas restrictivas y selectivas tienden sustancialmente a ahorrar restringiendo bien la demanda de servicios sanitarios o bien la oferta gratuita. Una de las medidas más difundidas es la introducción o ampliación de tickets (tasas) para los fármacos, para los análisis, para las visitas a especialistas y a veces para la recuperación en hospital.

Un escritor inglés del siglo pasado, Samuel Butler, publicó en <sup>1872</sup> ~~1876~~ Erewhon, el relato de un viaje imaginario en un país donde el Estado tiene por principio que "la ley humana tiene la tarea de reforzar los decretos de la naturaleza". Si bien la naturaleza manda con frecuencia desgracias a los hombres, la misión de la ley es por lo tanto castigar a quien las sufre. En el país de Erewhon, donde ~~la desdicha~~ <sup>la desdicha</sup> es considerada un crimen, existen por lo tanto tribunales que añaden sanciones ~~humanas~~ <sup>humanas</sup> a las decretadas por la naturaleza. Existe, por ejemplo, un Tribunal de Lutos Familiares, donde se juzgan y condenan a aquellos que han perdido parientes particularmente queridos. En otra sección se juzga a los enfermos. Se describe

un caso de tuberculosis pulmonar "delito castigado hasta hace poco tiempo con la pena de muerte". El abogado defensor trata de demostrar que el acusado se había fingido tísico para defraudar a una compañía de seguros, esperando obtener una pensión vitalicia con condiciones más ventajosas. Pero, desgraciadamente, "el caso era demasiado claro, puesto que el acusado sostenía el alma con los dientes" y tenía también a su cargo una condena precedente por bronquitis agravada. El juez le dice explícitamente que "es inadmisibles que un ejemplo de tanta gravedad pueda permanecer impune. Su presencia entre las personas respetables podría inducir a los menos vigorosos a tratar con ligereza todas las formas de enfermedad". Rechaza después los atenuantes, como haber nacido de progenitores enfermizos, con una clara negativa: "No estoy aquí para ocuparme de complicadas cuestiones metafísicas sobre el origen de esto y de aquello, cuestiones que una vez iniciadas nunca tendrían final"; e invierte así el argumento: "Si hubiese nacido de progenitores sanos, no habría violado las leyes de su país". La condena es de cadena perpetua, y el comentario del narrador es el siguiente: "Efectivamente, lo que más me llamó la atención durante toda mi estancia en Erewhon fue el unánime respeto por la ley y por el orden".

macos y sobre los análisis, y se ha introducido un ticket de 10.000 liras por cada jornada de recuperación hospitalaria. Se ha verificado incluso el caso de una madre que ha dado a luz en hospital un hijo, que murió a las pocas horas, a la cual se le ha pedido, basándose en una ley que parece copiada de Erewhon, pagar el ticket de 10.000 liras por una jornada de hospitalización del hijo.

Debe también saberse, que el día 10 de Mayo de 1.989 hubo en Italia una huelga general convocada por las tres centrales sindicales, entre las más fuertes y unitarias de los últimos decenios: contra los tickets, para defender y actualizar las conquistas sociales de los trabajadores. También las medidas restrictivas del Servicio Nacional de Sanidad en Gran Bretaña, adoptadas o propuestas por el gobierno Thatcher, encuentran notables resistencias en la población y en las categorías profesionales sanitarias.

#### 4 - Salud, estilos de vida y medio ambiente

El desenlace de este enfrentamiento es incierto todavía, porque prosigue la ofensiva, y porque depende también de la capacidad de renovar ideas que nosotros mismos hemos propugnado. La defensa del derecho a la asistencia, por ejemplo, corre el peligro de hundirse en trincheas cada vez más atrasadas, si no incorpora la exigencia real de contrarrestar despilfarros y distorsiones y de racionalizar los servicios sanitarios; si no trata de dar respuestas a la población no sólo en términos de extensión, sino de cualidad y eficacia de las intervenciones; si no logra desplazar el eje de la acción pública y de las orientaciones culturales hacia la prevención.

Pero también sobre la relación entre desigualdad, factores económico-sociales y salud se necesitan reflexiones actualizadas.

*Veo por ejemplo el riesgo de que,*

a causa de que ciertas patologías atacan con mayor frecuencia las clases pobres de renta o de instrucción, o a los grupos marginados de la población, obtengan nuevo alimento las orientaciones racistas que se ~~afirmaron~~ <sup>afirmaron</sup> (en los siglos pasados. Después de la conquista que se realizó entre los siglos XV y XVI, una de las "pruebas científicas" de la inferioridad de los pueblos americanos fue buscada en el hecho de que sucumbían con mayor facilidad a ~~enfermedades~~ enfermedades infecciosas, ante las cuales los europeos manifestaban una mayor resistencia biológica. En un período como el actual, cuando existen grandes migraciones (que crecerán si perdura el subdesarrollo y las diferencias de natalidad del sur al norte del mundo), aparecen ya tendencias culturales similares y ~~probablemente~~ probablemente adquirirán una mayor agresividad. *Creo que no cabe*

responder con eficacia sosteniendo que todo depende de la sociedad y del medio ambiente. El error y el horror del racismo consiste en que quiere confundir, en el campo biológico, como en el campo cultural, la desigualdad con la inferioridad. La desigualdad es una característica positiva de todas las especies vivientes, que en la especie humana resulta <sup>y más rica</sup> más divergente (porque se superponen historias y culturas distintas, y que cabe reivindicar como un valor. ¿No es este, quizá, el significado de la revolución más profunda acaecida a finales de este siglo, el movimiento de las mujeres que no sólo reivin-

dican paridad de derechos e iguales oportunidades, sino que se niegan a homologarse al modelo masculino y subrayan el valor de la propia diferencia? Por lo demás, se puede decir en forma casi paradójica, que frente

a las enfermedades la desigualdad y las anomalías biológicas pueden crear desventajas, pero también resultar factores favorables. Así ha ocurrido en la historia, en el área mediterránea, donde las poblaciones con el gene de la mixitemia (anemia mediterránea) fueron favoritas, puesto que eran ~~más resistentes~~ más resistentes los plasmodios de la malaria. Así puede ocurrir en el futuro, si los rayos ultravioleta golpean con mayor vigor la tierra a causa de la destrucción del ~~escudo~~ escudo de ozono: los negros estarán más protegidos contra los melanomas, y será ~~probablemente~~ probablemente la primera vez que tener la piel negra será un privilegio, en lugar de ~~un~~ obstáculo.

Veo también el ~~riesgo~~ <sup>riesgo</sup> de que, ~~justo~~ <sup>en</sup> los estudios y la publicística sobre la relación entre estilos de vida, opciones personales y salud, se afirme la tendencia a eludir las causas sociales de las enfermedades y a alentar ~~la~~ <sup>la censura</sup> ~~represión~~ <sup>de</sup> las víctimas. Se amenaza y se pone en práctica la cárcel para los ~~taxistas~~ <sup>taxistas</sup> dependientes; se propone el fichaje y el control de los enfermos de SIDA y de todos los sieropositivos; se sugiere privar del derecho a la asistencia a todos aquellos que se enferman "por culpa del propio comportamiento"; se llega hasta a decidir que se alternen los castigos a los premios en metálico para quien se preocupa de la propia salud. [En algunas fábricas de Estados Unidos, alarmadas por los altos costes de la asistencia, ~~han~~ <sup>y por las inseguridades habituales de la obesidad</sup> han introducido incentivos ~~para quienes se engordan~~ <sup>para quienes se engordan</sup>, dolares de salario contra kilos de adelgazamiento. En Annual Review of Public Health, J. E. Fielding informa también que

los  
seguros  
de  
salud  
entre  
los  
trabajadores

La industria Bonn-Bell

de Cleveland ofrece a sus empleados 200 dólares si dejan de fumar por 6 meses. Quien vuelva a fumar (y también quien vuelva a engordar) debe devolver a la empresa la suma recibida, duplicada. Una empresa de Nashville ha monetizado la actividad físico deportiva de los trabajadores, con tarifas diferenciadas según la locomoción: 6 centavos por cada milla recorrida en bicicleta, 24 centavos por cada milla recorrida a la carrera, 96 centavos por cada milla recorrida a naído.

Los primeros balances de estas experiencias norteamericanas, en términos de salud, no son excelentes. Sobre todo porque, en los mismos años, se han suprimido muchos vínculos y controles sobre la salubridad del ambiente de trabajo; y en el plano de la previsión muchas industrias de alta nocividad, como casi todo el sector químico, están ahora desprovistas de cualquier cobertura por parte de las compañías aseguradoras. Hemos vuelto a la situación que existía en Europa antes de las leyes de Bismarck, ~~para~~ <sup>para</sup> ~~las~~ <sup>las</sup> ~~de~~ <sup>de</sup> antes del seguro obligatorio contra los accidentes de trabajo ~~porque~~: el trabajador podía demandar a los industriales ante los tribunales y pedir el resarcimiento de las enfermedades o de las disminuciones causadas por el trabajo. <sup>solamente</sup>

Las tendencias a ~~las~~ la censura de las víctimas (victim blaming) no ponen en duda el poder económico y político, la influencia de las condiciones de vida y del nivel de educación sobre la salud; y por tanto están en contraste con la verdad científica y con las exigencias sanitarias. No se pueden contrastar, sin embargo, negando la otra parte de la verdad,

esto es, el hecho de que -sobre todo en los países desarrollados donde es más amplia la gama de las posibles opciones personales- las enfermedades no son solamente el resultado de factores externos, de relaciones sociales. Tienen una influencia creciente los comportamientos individuales, voluntarios o instigados. Hay, por ejemplo, mucha

diferencia entre la patología que se deriva del hambre y de la desnutrición, y aquella que consiste en la malnutrición y la hipernutrición. Nadie trata de ~~nutrirse~~ ~~poco~~. Muchos, sin embargo, son inducidos a nutrirse mal o demasiado, por una multiplicidad de causas sociales (la revancha sobre el hambre secular de la propia clase), de factores culturales (la ignorancia de las leyes metabólicas y de las normas dietéticas), de motivos psicológicos ligados a las frustraciones laborales o familiares, de presión publicitaria hacia alimentos o bebidas en particular. Muchas de estas causas se corrigen socialmente. Sin embargo, existen también posibilidades de libre elección, de modificación del propio comportamiento mediante la voluntad y la educación, que no deben ser subvaloradas.

~~otro~~ <sup>otro</sup> caso es la diferencia entre la penetración en el organismo de microbios, como el agente de la tuberculosis, de sustancias químicas como el plomo en la fábrica o en las vías de la ciudad, y la penetración de tóxicos voluntarios o "voluntarios", que crean tóxicodependencia. Nadie decide cuándo y si acogerá un microbio de la tuberculosis o una molécula de plomo. Muchos, sin embargo, son inducidos a consumir tabaco, alcohol, heroína, cocaína, y otras drogas por una multiplicidad de causas: una fuerte presión de organizaciones multi

nacionales de tipo industrial o criminal (el flujo de heroína y cocaína va del sur al norte del mundo, el flujo de alcohol y de tabaco del norte al sur, pero los métodos y los resultados son análogos); la complicidad de los estados, de los poderes públicos, de los organismos financieros; el malestar y la desesperación de muchos jóvenes o de grupos sociales y raciales marginados. Es necesario una lucha social y política para contrastar estas tendencias. Pero muchísimos jóvenes y muchísimos marginados, que se encuentran en iguales condiciones, no caen en esta trampa, rehusan entrar en el círculo vicioso de la toxicodencia. Esto significa que la voluntad individual puede hacer escoger uno y otro camino, y es justo poner de relieve también este factor.

La preocupación por estos dos grupos de patologías se incrementa porque tienden a golpear preferentemente a las clases y los grupos sociales más pobres y más explotados; y en algunos casos se suman, con efectos sinérgicos, a causas patógenas tradicionales. *En el caso de tabaco, por ejemplo,*

*muchas estadísticas demuestran que se va reduciendo en las clases altas y medias y va creciendo o permanece estable entre los obreros y otros grupos de menor renta.*

*(El sinergismo entre el uso del tabaco y las sustancias químicas presentes en los ambientes de trabajo, en la génesis de los tumores y otras enfermedades broncopulmonares, está ampliamente demostrado.*

Evidentemente es fácil decir a los tóxicodependientes "lo habeis escogido vosotros"; y evitar así castigar a productores y traficantes o afrontar las causas del malestar juvenil. Evidentemente es fácil y cómodo decir a los obreros: las enfermedades que teneis son por culpa vuestra, dejad de fumar; y continuar mientras tanto manteniendo en las fábricas ambientes malsanos. *Pero es*

*esta verdad que* las enfermedades no tienen solamente causas colectivas. No son solamente el resultado de factores externos, de opresión o subdesarrollo social o de agresión biológica. Tienen hoy en día una influencia creciente los comportamientos individuales, que son voluntarios o inducidos.

*[Investigar y actuar sobre todos los factores,*

individuales o colectivos, de comportamiento y ambientales, <sup>causadas</sup> estimula ~~los~~ un sinergismo salubre, <sup>capacidad</sup> multiplica la ~~capacidad~~ de convencer y obtener <sup>resultados</sup> ~~resultados~~ positivos;

también en un terreno que conlleva responsabilidades individuales y colectivas, que va adquiriendo justamente importancia en la sensibilidad de las jóvenes generaciones, y que se convertirá en el futuro en tema dominante: la salvaguardia y el mejoramiento del medio ambiente natural.

En Italia, así como en otros países, los movimientos populares por la salud de los últimos decenios han descuidado este tema, que en cambio ha sido propuesto por fuerzas "verdes" de otras matrices culturales. La separación -y a veces la contraposición- entre estas dos experiencias está colmándose ahora, pero ha perjudicado a ambas. Ha tenido su origen, probablemente, en la incomprensión del nexo que existe entre la explotación del trabajo, el saqueo de los recursos naturales, el aumento de los desequilibrios entre el Norte y el Sur del mundo; y por tanto de la exigencia -ya sea para la salud humana como para el equilibrio vital del planeta- de modificar las relaciones sociales, así como las técnicas, las culturas, los poderes que han puesto en marcha un proceso -difícilmente reversible- que

por vez primera en la historia humana no sólo crea desequilibrios e injusticias, sino que representa una amenaza para la supervivencia de nuestra especie. *Es significativo que el*

primer mártir del movimiento ecológico internacional, el seringueiro sindicalista brasileño Chico Mendes, haya resumido en su vida estas finalidades: trabajo, medio ambiente, democracia; que haya luchado por salvar los recursos de Amazonia como fuente de trabajo para los Seringueiros ~~o~~, y como fuente de vida para todos; y que haya visto en la lucha pacífica el antídoto, a largo plazo vencedor, a la violencia sobre el hombre y sobre la naturaleza.



5 - Democracia y solidaridad

Quien participó en nuestro anterior Congreso (Medellín, Colombia, 3-7 de agosto de 1987) recordará quizás que subrayé el hecho de que "los últimos 10 a 15 años me parecen caracterizados por un fenómeno que -con todas las limitaciones, dramas y contradicciones que vemos y sufrimos cada día- podríamos definir como expansión de la democracia".

En los dos últimos años ha proseguido esa tendencia; pero la salud, como otras condiciones de vida sobre cuyo metro la gente común (que es sanamente materialista) juzga la política y los sistemas sociales, no ha mejorado en la misma proporción.

Los datos que conocemos muestran que en los países desarrollados las desigualdades en la salud (y en el acceso a los servicios sanitarios) no se reducen espontáneamente, si bien es verdad que todos, excepto los grupos sociales y los individuos marginados, se benefician de los progresos económicos y de las luchas sociales.

Sin embargo, el objetivo de la Organización Mundial de la Salud "Salud para todos en el año 2000" parece alejarse en el tiempo, según el año 2000 se va haciendo más cercano. También el objetivo parcial de "reducir al menos el 20% las diferencias entre grupos sociales y entre naciones" no se alcanza.

Ocurre lo contrario, sobre todo en el aspecto internacional. Se confirma desgraciadamente la previsión de Sigerist, de que la insalubridad se transfiere "a países que están estructuralmente más atrasados en su desarrollo económico": hoy en día hacia el Sur del mundo. O bien, la desigualdad de salud permanece (y en algunos casos se agrava) en el "Sur interior" de los países desarrollados.

El límite fundamental de la democracia actual estriba probablemente en esto: incluso cuando se extiende dentro de los distintos países, no está en condiciones de influir suficientemente <sup>los problemas cotidianos de la gente y</sup> sobre los grandes problemas del mundo. Hay una sola y gran excepción: la coincidencia, comprobada en los últimos años,

entre voluntad de los pueblos y decisión de los gobiernos de poner término a muchas guerras y de encaminarse hacia el desarrollo. ~~Ello con~~ <sup>pero frente</sup> a la degradación del medio ambiente, a los desequilibrios entre Norte y Sur y, a la negación de derechos fundamentales como nutrirse, vivir sanos, crecer instruídos, trabajar seguros, la democracia puede ser eficaz sólo si incorpora estas exigencias; y si ensancha su influencia a todo el planeta sobre bases de igualdad real entre los pueblos.

En verdad, la democracia a escala planetaria choca hoy con el mismo límite que tuvo cuando se afirmó, con la revolución francesa, dentro de los distintos países: el voto, el poder decisional basado en el censo. Ha escrito el filósofo italiano Norberto Bobbio (9)

"Si en verdad creemos que los grandes problemas de la justicia son internacionales, entonces deberíamos hacer que para su representación en la ONU votasen los ciudadanos del mundo. Entonces sí, podríamos tener una mayoría favorable a la democracia social en el mundo, porque en el mundo hay miles de millones <sup>de hombres,</sup> que están grandemente interesados en políticas de reequilibrio en el marco del desarrollo y la justicia... Esto es lo que escribió Kant en su texto La Paz perpetua: más allá del derecho interno y del derecho internacional, hay lo que él llamaba derecho cosmopolita: el derecho que todos los hombres [i y las mujeres, que Kant no comprendía!] tienen en cuanto ciudadanos del mundo".

Si esta utopía, que puede convertirse en una gran fuerza de cambio, no tuviese que progresar en la realidad, el propio progreso técnico-científico, que en los últimos tiempos ha sido tan tumultuoso en el campo biomédico, agravaría ulteriormente las desigualdades e introduciría formas de explotación que no tienen precedentes en la historia.

Uno de los problemas bioéticos que son escasamente analizados -dentro del gran interés que desde hace unos años se manifiesta por la relación entre ciencia de la vida y problemas morales- estriba en el peligro de que se transformen en mercancía no solo, como ha ocurrido en el pasado, los recursos naturales y la fuerza de trabajo, sino también el propio cuerpo o partes del cuerpo masculino y femenino.

Esto ocurre ya hace algún tiempo con el comercio de la sangre, de países pobres hacia países ricos, en el cual han tenido un papel relevante los <sup>amigos</sup> ~~casos~~ de Baby Doc en Haiti y de Somoza en Nicaragua. Ahora hay ya ~~casos~~ "úteros de alquiler", es decir maternidad inducida con dinero y la siguiente expropiación del neonato. Existen también <sup>casos</sup> ~~casos~~ (que es necesario indagar y dar a conocer más ampliamente) <sup>de</sup> comercio clandestino de órganos humanos, con el objeto de transplantarlos a enfermos de pago. El mercado de los órganos ha encontrado desgraciadamente apoyos oficiales, como el Dr. Anthony Monaco, cirujano del Centro de Trasplantes del Hospital New England Deaconess, el cual ha propuesto compensar con dinero a las familias de los fallecidos que donen sus órganos para ser trasplantados. Pero puesto que ni siquiera ésto sería suficiente para colmar la diferencia entre la oferta (escasa) y la demanda (creciente), ha propuesto también comprar a los vivos los órganos sanos; por ejemplo, quien cede un riñón a una persona que no sea su pariente podría recibir del gobierno de Estados Unidos la suma de 10.000 dólares.

También en este caso, como en la novela de Butler, la literatura de fantasía se ha anticipado a la realidad: el usurero Shylock, en el Mercader de Venecia, pide al generoso Antonio, fiador del préstamo de su amigo, una libra de carne a cambio de 3.000 ducados. Es difícil evaluar qué precio es el mejor, si el de ayer o el de hoy, ~~porque no es fácil de establecer el cambio monetario entre el dólar y el ducado de la República de Venecia.~~ porque no es fácil de establecer el cambio monetario entre el dólar y el ducado de la República de Venecia. Estos cálculos aparecen macabros, pero todavía es más macabra la realidad que va apareciendo. Para ésta no vale el "final feliz" en que concluye la comedia de Shakespeare, si no se denuncian estos hechos, se crean normas y controles internacionales para evitar todo comercio del cuerpo humano y, sobre todo, para superar las desigualdades sociales que predisponen a estos horrores.

Los privilegios de los individuos <sup>y de las</sup> ~~de las~~ naciones, ayudan a estos excesos y alimentan un creciente egoismo.

Existe sin embargo, como tendencia contraria, una mayor consciencia de la indivisibilidad de la salud, de su interdependencia, del fenómeno ya señalado por Sigerist: "Existe una solidaridad humana de los problemas sanitarios que no puede ser impunemente desatendida".

Este hecho puede resultar temporalmente desmentido, pero la realidad lo reclama brutalmente, y nos invita a salir de una ilusoria sensación de impunidad. Es el caso del SIDA, que nos preocupa por el presente y por el futuro próximo, para el cual el Dr. J. Mann, Jefe del Programa SIDA de la OMS, ha utilizado en la conferencia de Montreal una metáfora eficaz: "Todos somos seropositivos". Es la degradación del ambiente planetario el que nos preocupa para un futuro próximo y lejano, para las generaciones que vendrán, y que muestra cuán estrechas son, en el plano biológico y también en el terreno económico y social, las relaciones entre el Norte y el Sur del mundo.

Adquiere por lo tanto nuevo significado una palabra que en los últimos 10 años se ha tratado de borrar del vocabulario político y sanitario: solidaridad.

Para nosotros (para quien tiene nuestra edad, nuestra formación cultural, política o religiosa), la solidaridad ha sido una elección voluntaria, una decisión subjetiva. Ahora comienza a ser una exigencia objetiva para la salud y para la supervivencia, y responde no sólo a un sentimiento, sino también a lo que podría llamarse "egoismo maduro". Hacer frente a lo que quiere cancelar esta realidad, hacer frente no ya al individualismo, sino al egoismo miope, es al mismo tiempo un deber moral y científico y una necesidad vital.

REFERENCIAS

(1) H.E. Sigerist, Civilization and Disease, The University of Chicago Press, Chicago-London, 1943, pp. 55-59.

(2) P. Townsend, N. Davidson, Inequalities in Health (The Black Report), Penguin Books, Harmondsworth, 1982.

(3) Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 42, 1988, p. 229.

(4) Joan Clos i Matheu, La politica municipal y las desigualdades, Barcelona, 1988.

(5) J.M. De Miguel, L. Lenkow, J.A. Rodriguez, Spain, in The Health Burden of Social Inequalities, OMS, Regional Office for Europe, 1984, pàgs. 171-183.

(6) G. Berlinguer, La malattia. Sofferenza, diversità, pericolo, segnale, stimolo, Editori Riuniti, Roma 1984 (y A doença, UCITEC, Sao Paulo 1988).

(7) V. Navarro, Historical Triumph: Capitalism or Socialism ?, presentation to the Student-sponsored Seminar on Economic Development and International Health, Johns Hopkins University, May 1989.

(8) 101º Congress, H.R. 16, January 3, 1989. Los documentos estan en La crisi della sanità negli USA, Centro studi del Ministero della Sanità, ISIS suplemento al n. 30-31-32, luglio-agosto 1989.

(9) Entrevista a l'Unità, 13 de julio 1989