

Determinantes sociales de las enfermedades

Social determinants of disease

Giovanni Berlinguer[†]

Universidad La Sapienza, Roma

Un problema muy antiguo

En su libro clásico *Civilización y Salud*, Henry E. Sigerist escribió que en cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos. Una baja calidad de vida, falta de comida, ropa y combustible, malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza han sido siempre las mayores causas de enfermedad.⁽¹⁾ Para enfatizar esta verdad con respecto a las condiciones laborales, Sigerist cita un antiguo papiro egipcio que considera *una voz de rebelión*:

Nunca he visto a un herrero trabajando como embaajador o a un trabajador de la fundición ser enviado en una misión, pero sí he visto al herrero trabajando: se asa con la boca del horno. El albañil, expuesto a todo tipo de clima y todo tipo de riesgos, construye sin llevar ropas encima. Sus manos están gastadas por el trabajo, su comida se mezcla con la tierra y la basura: se muerde las uñas, al no tener más comida. El barbero arruina sus brazos para llenar su estómago. El tejedor lo pasa peor aún que la mujer, doblado en dos con las rodillas presionando su estómago, incapaz de respirar. El lavandero a la orilla del río está cerca de los cocodrilos. El tintorero huele a huevas de pescado; sus ojos están cansados, sus manos trabajan sin pausa y como pasa todo el tiempo procesando telas, aborrece las ropas.⁽²⁾

Un análisis y una indiferencia, que anticipa Bernardino Ramazzini en *De morbis artificum* por unos cuantos milenios. Sin embargo, fue sólo en el siglo XIX que los temas sobre el trabajo y las condiciones de la vivienda, y su influencia sobre la salud y la vida misma, comenzaron a ser importantes y a discutirse extensivamente. La interacción entre la medicina, que aspiraba a ser reconocida como ciencia y una sociedad cuyo objetivo era el progreso, abrió el camino a una consideración más detallada de la relación entre enfermedad y sociedad.

Demostración de las iniquidades

Después de las guerras napoleónicas, Villermé LR, quien fuera médico militar, comenzó a analizar las diferencias en mortalidad en los distintos *Arrondissements* de París. Primeramente examinó, con meticulosas investigaciones llevadas a cabo calle por calle, los factores medioambientales como la altitud, los vientos y el clima, sin encontrar ninguna correlación con las diferencias en mortalidad, luego estudió los ingresos y finalmente las condiciones de la vivienda de

los habitantes. Descubrió, por ejemplo, que en la *Rue de la Mortellerie*, donde vivían las personas más pobres de París, la tasa de mortalidad era de 30,6 por cada mil, mientras que cerca en *Ile-Saint Louis*, un área más espaciosa y cómoda habitada por los ricos, la tasa era de 19,1 por cada mil.⁽³⁾

A veces, sin embargo, aquellos que descubren la verdad la interpretan equivocadamente. Según Dorothy Porter, Villermé planteó que el origen social de las enfermedades y la muerte yacía en los pobres como raza aparte, una multitud bárbara y poco civilizada, que se reproduce en exceso y muere en exceso. Como solución propuso civilizarlos, con la ayuda de la religión, a través del rigor moral y la ciudadanía responsable, y afirmaba, en armonía con los economistas de la salud, que no es un papel para el estado o para las reformas legislativas, porque eso atentaría contra la libertad y las iniciativas individuales.⁽⁴⁾ Esto es probablemente un eco de las opiniones muy conocidas y populares de Malthus TR en su *Ensayo sobre los Principios de la Población* (1798).

Sobre la base de una incontrolable expansión de la población que crearía pobreza generalizada, Malthus se opuso a las leyes inglesas que proveían protección para los pobres y que habían sido establecidas bajo la Ley Isabelina de los Pobres en 1601. Según ellas, cada parroquia estaba obligada a escoger un supervisor para recaudar fondos, organizar trabajo para los no discapacitados y entrenamiento como aprendiz para los niños. En 1832 fue creada una Comisión Real para reformar las leyes que resguardaban a los pobres, basada en limitaciones de fondos. Edwin Chadwick se convirtió en uno de sus miembros más influyentes y en los años siguientes promovió el primer informe sobre *Las Condiciones Sanitarias de la Población Trabajadora de Gran Bretaña* (1842), y luego la creación del *Comité General de Salud*. Su trabajo promovía también una ley para el registro general de todos los nacimientos que continúa siendo hoy uno de los mejores instrumentos para medir las estadísticas de vida en Europa, lo que ha permitido la realización de una considerable cantidad de investigaciones epidemiológicas y sociales.

En Alemania, en la segunda mitad del siglo XIX, las causas sociales de las enfermedades aparecieron con aún más claridad. Por la iniciativa de Virchow, (el fundador de la biología celular) se analizó directa y orgánicamente el nexo entre salud y política. Su compromiso comenzó cuando el gobierno de Prusia lo envió al norte de Silesia debido a un brote de tífus, y encontró que la verdadera causa de

la enfermedad se hallaba en las misérrimas condiciones de vida, mala higiene y pobreza, todo ello debido a la existencia de un Estado represivo y autoritario. Luego subrayó la necesidad de una epidemiología sociológica y sugirió como receta para prevenir la enfermedad: la educación acompañada de sus dos hijas: libertad y prosperidad. Finalmente, formuló la más clara e incisiva expresión de la relación entre la medicina y la política: Si la medicina desea lograr sus objetivos por completo, debe entrar por completo a la vida política, y debe indicar todos los obstáculos que impiden la consumación normal del ciclo de vida.⁽⁵⁾

En este mismo período, sin embargo, la gran agitación de la revolución industrial que comenzó en Inglaterra (y que fue ciertamente un hito en el crecimiento económico y el desarrollo humano) multiplicó las amenazas medioambientales, en parte por el éxodo en masa del campo a las ciudades no hospitalarias y no aptas para ser vividas.⁽⁶⁾ El impacto inicial en la salud y seguridad de los trabajadores fue devastador. Las horas excesivas de trabajo, la insuficiente e inapropiada comida, la feroz explotación de mujeres y niños, las casas insalubres y la ausencia de forma alguna de educación, fueron fenómenos innobles que duraron décadas, sin reglas ni control. Las consecuencias fueron atroces y pueden ser consideradas como una masacre industrial o un genocidio pacífico.

Fue sólo en las últimas décadas del siglo XIX que las investigaciones sociales, las inspecciones públicas, los movimientos humanitarios, las huelgas de trabajadores, los contratos de trabajo colectivos y las leyes reguladoras del trabajo de mujeres y niños pusieron freno a esa tendencia. El camino quedó así abierto para importantes beneficios a favor de los trabajadores y un medio ambiente urbano más saludable. Se formaron poderosas asociaciones de gran envergadura que fueron en su inicio y crecieron a partir de asociaciones de ayuda mutua: sindicatos, gremios, partidos socialistas y varias organizaciones de trabajadores con un trasfondo religioso o de derechos. Gran Bretaña, y luego Francia, Alemania e Italia, fueron líderes de esas transformaciones, que luego se extendieron a otras partes del mundo. Como resultado, hubo mayores derechos, representación reconocida, condiciones sociales y laborales que pusieron un límite a los factores causantes de enfermedades, mayor dignidad y autoestima en los trabajadores e indujeron a algún tipo de participación en el poder y a la corrección parcial de las formas de capitalismo. La disminución en los índices de mortalidad (infantil y general) y la significativa reducción de muchas enfermedades, incluso antes de existir vacunas y fármacos efectivos (como en el caso de la tuberculosis en el siglo XIX),⁽⁷⁾ muestran el alcance que las mejoras en el medio ambiente, las condiciones sociales, toma de poder y educación, logran sobre el cuadro de salud.

Dos caras de la biopolítica

Estas tendencias continuaron en la primera mitad del siglo XX, especialmente en los países más democráticos, y

la salud adquirió una mayor importancia tanto entre los deseos alcanzables de los individuos como en los compromisos políticos. Sin embargo, los grandes progresos logrados estaban limitados tanto por la continuada existencia de profundas disparidades y por las dos tragedias que marcaron el período: las guerras mundiales que tuvieron lugar en rápida sucesión, ambas originadas en Europa y combatidas en casi todos los continentes. En la misma etapa, la bárbara distorsión de la relación entre la ciencia y la política dio lugar a una sinergia letal.

Se trata de la idea, nacida en el clima de las conquistas coloniales, de la absoluta superioridad de algunas razas humanas sobre otras. Era consistente con el intento de usar las leyes de la naturaleza para legitimizar la excelencia de una raza y por tanto su derecho o deber de ejercer su dominio sobre las otras, y también con el sueño regresivo de guiar a la especie humana hasta la perfección a través de métodos biológicos. El fundador de este campo de estudios, Francis Galton, también le dio nombre: Eugenesia. Sus publicaciones, desde *Genio Hereditario* (1869) hasta *Ensayos sobre la Eugenesia* (1909), fueron inmensamente influyentes y de gran consecuencia para la vida de millones de individuos y para las decisiones políticas, por ejemplo, a través de la discriminación introducida en las leyes de inmigración.

Para cerrar el círculo, junto a la idea de la superioridad racial surgió un aberrante paralelismo entre los métodos de la medicina y los de la política. Se aseguraba que si la cuestión era ¿Qué hace el doctor si una parte del cuerpo se corrompe irremediablemente y arriesga a causar la muerte del paciente?, la respuesta tenía que ser amputarla, para salvarlo. Por analogía, se alegaba que lo mismo debía hacerse si existía el riesgo de que una parte de la población pudiera infectar la colectividad armoniosa de las personas saludables, felices y de valía.

Sobre la base de que la política es sólo medicina aplicada a gran escala, a finales del año 1800 los partidos y gobiernos comenzaron a determinar cuáles partes de la sociedad eran órganos irremediablemente corruptos. Con el consentimiento de la ley, con el apoyo de ciencias que declaraban poder reconocer las manzanas podridas y con la participación de doctores hiperactivos y sádicos, se hicieron intentos de identificar a los individuos que debían ser eliminados o hacer inocuos. El primer paso fue la esterilización de los enfermos mentales, para prevenir que transmitieran sus defectos a las generaciones futuras,⁽⁸⁾ el segundo fue la eliminación de los seriamente minusválidos, una carga insoportable para la sociedad e incapaces de vivir una vida que valga la pena y finalmente, el tercero fue la eliminación sistemática de aquellos considerados como pertenecientes a razas inferiores u hostiles a la mayoría de pura sangre (esta actividad se inició en los países de habla inglesa a finales del siglo XIX, se extendió por Alemania y otros lugares y continuó en Suecia bajo diferentes formas y con diferentes justificaciones hasta 1975 en que cesó por decisión del Primer Ministro

Olof Palme. Ve a Dotti L. La utopia eugenetica del welfare state svedes. 1934-1975. Rubbettino, Catanzaro, 2004).

Esta doctrina se llamaba Biopolítica y sus principios estaban validados por la autoridad de Nietzsche FW: La vida no reconoce ni solidaridad ni igualdad de derechos entre las partes saludables y las enfermas de un organismo; estas últimas deben ser eliminadas o el organismo perecerá (críticas a esta doctrina aparecen en: Agamben G. Homo sacer: Il potere sovrano e la nuda vita. Turín, 1995 y Esposito R. Biopolitica e filosofia. Einaudi, Turín, 2004).

Afortunadamente existe el otro tipo de Biopolítica: una política por la vida, que corresponde con el principio fundamental de que cada persona nace con igualdad de derechos y que por tanto actúa en beneficio de todos.

Un gran ejemplo, y otro menor

Un gran grupo de análisis podría demostrar cómo y cuándo durante el siglo XX la política se presentó como una impresionante oscilación entre perspectivas de vida y perspectivas de muerte. Una singular coincidencia temporal y con total discordancia de objetivos, tal vez logre representar la polaridad total de las decisiones políticas en el contraste entre la vida y la muerte, y será mejor que innumerables testimonios (Paggi L. Un secolo spezzato. La politica e le guerre. Parole chiave, No. 12, pp. 71-107, s/f).

Se trata de lo ocurrido en el terrible año 1942 en el momento cumbre de la II Guerra Mundial. En el mes de enero Adolph Hitler, que como líder del Tercer Reich extendió la esterilización de los enfermos mentales, intensificó la eutanasia forzada de los minusválidos y apadrinó la exterminación de oponentes, judíos y otras razas impuras, convocó la conferencia Wannsee de los líderes nazis.

Fue en esta conferencia que la política de genocidio sistemático fue hecha definitiva y ejecutiva, con la decisión de lanzar la operación llamada solución final al asunto judío, a través de cámaras de gas y crematorios.

En abril del mismo año, en el Londres bombardeado, William Henry Beveridge presentó, en nombre del gobierno británico, el plan para el Welfare State (Estado de Bienestar) que afirmaba el derecho a la vida, la salud y la seguridad a todos los ciudadanos de la cuna a la tumba, sin distinción de clase, riqueza, género ni educación. Los instrumentos principales para este proyecto quedaban indicados, entre ellos, el sistema de pensiones, el servicio nacional de salud y la educación universal. Después del reporte de Beveridge y de la adición de Franklin Delano Roosevelt de la libertad social, a la cual llamó libertad de carencias, a las listas de libertades (lo cual implica no sólo que las personas nacen con igualdad de derechos sino también un compromiso a enfrentar la necesidad, mediante la promoción de la seguridad e igualdad); la salud y la vida adquirieron un nuevo valor, millones mejoraron sus condiciones de vida y se sentó la base para un progreso futuro.

El otro ejemplo, uno de impacto mínimo pero significativo en el mundo si se le compara con el Estado de Bienestar,

se refiere a una experiencia del autor de este artículo. En 1952 presentó su disertación de grado* en la Universidad La Sapienza de Roma, sobre una investigación que llevó a cabo sobre las diferentes tasas de mortalidad (infantil, general y por causas) en los diferentes barrios, vecindarios y suburbios de Roma en el período, crucial para la ciudad, que abarcaba de 1935 a 1950. Le había impresionado, el informe de Jacques Bertillon, a principios de 1900 sobre las grandes diferencias en tasas de mortalidad según riqueza en las ciudades de París, Berlín y Viena (Bertillon J. Mouvements de population et causes des décès selon le degré d'aisance á Paris, Berlin et Vienne, Relazione al X Congreso internazionale di igiene e demografia, in Atti del Congresso, Paris 1900, pp. 961 y siguientes), y aún más por la polémica de Cauderlier (también oficial) según la cual cuando un doctor visita un paciente, no le pregunta si es rico o es pobre, si no, si ha seguido las reglas de la higiene, las cuales son muy simples y al alcance de incluso los menos ricos: uno sólo tiene que respirar aire puro y evitar excesos de cualquier tipo.

La tesis en cuestión confirma la notable desigualdad en salud en relación con el ingreso, el trabajo, la vivienda y el nivel de educación. Cuando los datos de esos 15 años fueron divididos en tres períodos (antes, durante y después de la guerra) mostraron que las diferencias en mortalidad infantil aumentaron sustancialmente durante la guerra. Algunos años después, este autor encuentra una investigación sobre mortalidad infantil, similar a la citada arriba, realizada en el mismo período, en la ciudad de Londres, donde aparece una situación completamente diferente, de hecho, totalmente opuesta: la brecha social se redujo considerablemente durante la guerra.

¿Qué factores hacían que los resultados de ambas tesis fueran tan diferentes? En la capital italiana, superpoblada de refugiados que pensaban estar más a salvo a la sombra de la Ciudad Abierta, había un descuido general por los niños y no había forma de dar ayuda a las familias. En Londres, que sufría la crueldad de bombardeos diarios, el gobierno brindaba asistencia y tratamiento, distribuía leche, prestaba atención particular a la nutrición de mujeres y niños y los lazos entre las personas ayudaron a sobrellevar las mayores dificultades. O sea, la diferencia entre las dos situaciones yace en la presencia o ausencia de políticas específicas y la solidaridad organizada. Como se puede decir hoy día: en el compromiso con los determinantes sociales de la enfermedad.

La comisión (CSDH) y la OMS

Una contribución, entre muchas otras, a enfrentar este tema pudo haber venido de la decisión de la OMS, patrocinada por su Director General Jong-Wook Lee en el 2005, de crear una Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) formada por 20 expertos y presidida por el epidemiólogo británico Sir Michael Marmot. Esta comisión tiene la tarea de investigar, promover acciones, solicitar apoyo de los gobiernos e instituciones locales e incluir en su trabajo a toda la sociedad civil. Debe completar su trabajo para el

2008, habiendo contribuido, si es posible, a crear las bases científicas y las precondiciones políticas -y esta es una tarea ardua- para obtener y diseminar experiencias al respecto y para encarar permanentemente las profundas desigualdades en la salud, que existen tanto entre países como entre clases sociales y grupos dentro de un mismo país.

La idea central es que la medicina y los servicios de salud constituyen *sólo uno de los factores* que tiene influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que vive la gente: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginalización social y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y disparidad en los sistemas de seguro social.

Las consecuencias de estas situaciones pueden ser resumidas en algunas cifras, innegables y crudas en su carácter esencial:

- La expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9.
- La probabilidad de que una persona muera entre las edades de 15 y 60 años es de 8,3 % en Suecia, 46,4 % en Rusia, y 90,2 % en Lesotho.
- La expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años en dependencia de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo.
- En Australia hay una diferencia de 20 años entre la expectativa de vida de los aborígenes y la de la población en general.
- Los países de bajo y medio ingreso tienen el 85 % de todas las muertes en accidentes de carretera.
- Una persona de cada seis, o sea el 15 % de la población mundial, vive en un país rico (mayormente en EE.UU., Europa y Japón), pero sólo el 7 % de las muertes ocurren en esos países.
- Alrededor de 11 millones de niños menores de cinco años de edad murieron en el 2002 y el 98 % de ellos nacieron en países subdesarrollados.
- La desigualdad en salarios aumenta a ritmo constante en los países en los cuales vive el 80 % de la población mundial (informe del PNUD, 2005).
- En 1996, 358 multimillonarios poseían un total de 760 mil millones de dólares, la misma cantidad en recursos disponibles para el 45 % de toda la población mundial.

Ante esta situación, pocos gobiernos tienen un programa adecuado dedicado a encarar los determinantes sociales de salud con alguna coherencia. Las precondiciones para cualquier tipo de trabajo de la CSDH yacen, por tanto, en aprender de experiencias previas y de evaluar los obstáculos y oportunidades que tal vez le permita un cambio sustancial (Consultar el documento *Aprendiendo de pasadas experien-*

cias, discutido en el primer encuentro de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), Santiago del Chile, 15-17 Marzo, 2005).

Aprender de las experiencias

En la Constitución de la OMS, que data de 1946, hay dos conceptos muy claros. Uno es el objetivo de lograr para todos el mayor nivel posible de salud; el otro es el instrumento para lograrlo: promover, en conexión con los estados miembros y con agencias internacionales, el mejoramiento en la nutrición, la vivienda, las condiciones económicas y de trabajo y de cualquier otro aspecto del entorno necesario. La Constitución de la OMS además concibe la integración cercana y apoyo entre los análisis biomédicos/tecnológicos y el social de la salud, pero esa unidad no ha sido buscada en la historia subsiguiente de la organización.⁽⁸⁾

Después de la fundación de la OMS se multiplicaron los éxitos en la lucha contra la enfermedad, en parte gracias al amplio y luego universal uso de productos como los antibióticos y las vacunas. Pero pronto la idea de que todos los problemas se resolverían a través de la biomedicina comenzó a predominar entre los especialistas, líderes e incluso en la opinión pública. La efectividad de las campañas para erradicar la viruela y la derrota en los intentos de erradicar la malaria en el mundo, muestran que esto es imposible sin profundos cambios medioambientales, sociales y culturales, y pronto se hicieron irrefutables los aspectos positivos y negativos de la experiencia. En ese período, y después también, muchos gobiernos, incluso los de países pobres, dedicaron sus presupuestos en salud no hacia programas de salud pública ni hacia las áreas de cultivo donde la mayor parte de la población vivía, si no a la construcción de palacios de cuidados médicos, equipados con la última tecnología y destinados al cuidado de la élite urbana.

El cambio de dirección hacia las necesidades urgentes de los pobres y desfavorecidos y hacia los determinantes sociales de las enfermedades comenzaron en los años 60 y 70 del pasado siglo, con la opción de programas de salud de estilo comunitario, con formas de asistencia participativa y con énfasis en la prevención y los cuidados básicos accesibles a todos. La confirmación de este tipo de enfoque se encuentra en la experiencia de buena salud con bajo costo en el estado indio de Kerala, en Sri Lanka, Costa Rica y en Cuba. Estos países han demostrado que la salud puede progresar incluso cuando el salario per cápita no es alto, siempre que haya un compromiso por parte del Estado y de la comunidad y apoyo de las profesiones de la salud para crear servicios generalizados, accesibles y calificados; para extender la educación básica y atacar las raíces sociales de la enfermedad.

En 1976 *Hafdan Mahler*, en aquel momento Director General, propuso una idea utópica pero muy inspiradora a la Asamblea General de la OMS: *salud para todos en el año dos mil*. La prioridad en la salud primaria iba acompañada

de una referencia explícita del *causae causarum*: el objetivo implica la eliminación de los obstáculos para la salud, o sea la eliminación de la desnutrición, la ignorancia, la polución de las aguas y las viviendas insalubres, las cuales son tan importantes como la solución de los problemas médicos.

1978 fue el año que marcó a la vez el triunfo y la decadencia de este enfoque. La Conferencia de Alma Ata (Kazajistán), con más de tres mil participantes y 67 organizaciones internacionales, volvió a lanzar la propuesta de Mahler ante el mundo. Sin embargo, a la misma vez, el mundo estaba cambiando y comenzaba la era del neoliberalismo, una corriente de pensamiento inclinada a analizar la salud como fuente de inversión económica, a criticar la salud pública como un obstáculo a la iniciativa privada, a ignorar el valor de los bienes comunes y a mover el panel de control de manos de la OMS hacia otras agencias internacionales: el Banco Mundial,⁽⁹⁾ el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio. A partir de los años 80 del pasado siglo, el objetivo de salud para todos los seres humanos prácticamente desapareció por debajo del horizonte político. La idea de que podría ser un objetivo de desarrollo, un multiplicador de recursos humanos y una prioridad de políticas públicas quedó limitada en casi todas partes por otra opinión: que los sistemas de salud pública universal eran una carga para las finanzas del Estado y un obstáculo para la creación de riquezas.

La justificación moral para estas actitudes ha sido, en el mejor de los casos, la seguridad de que una conjunción virtuosa del progreso científico y el libre mercado extenderían gradualmente sus beneficios a todos. Desafortunadamente, esta profecía no se hizo realidad. Su falla no debe favorecer que se olviden los progresos actuales, que se escondan los defectos de muchos sistemas de salud pública, no debe llevar a la negación de que la ciencia y el mercado, usados con sabiduría, se encuentran entre las más beneficiosas de las creaciones del genio humano. Esta conjunción, sin embargo, no ha sido virtuosa, sino todo lo opuesto. El diagnóstico más real de la grieta y el impulso más urgente para un cambio, se hallan en el crecimiento exponencial de la desigualdad, tanto entre países como dentro de cada país, en salud y en expectativa de vida.

Un crimen contra la humanidad

En un período donde se tiene casi todo el conocimiento y los recursos necesarios para combatir la mayoría de las enfermedades, ¿es aceptable que haya individuos, grupos y países donde, como dijo el poeta Giacomo Leopardi, el nacimiento mismo es un riesgo de muerte? Y que cuando ese riesgo ha sido vencido, se encuentran otros y por tanto se vive sólo un tercio o la mitad de los años que disfrutaban los privilegiados, ¿cómo definir este fenómeno, sino como un crimen contra la humanidad?

Al crecimiento exponencial de la desigualdad también se le puede dar otras interpretaciones. Ralph Dahrendorf,

por ejemplo, ha escrito que: En las últimas dos décadas el mundo en general se ha hecho más rico, pero mientras algunos países han logrado grandes resultados económicos, otros se han quedado atrás, en parte, porque un clima de igualdad no promueve la tendencia hacia un desarrollo dinámico e innovador.⁽¹⁰⁾ Jeffrey Sachs, en su libro *El fin de la Pobreza*, utiliza la misma fórmula: Hace algunas generaciones, prácticamente todo el mundo era pobre pero casi todo el mundo ha sido dejado atrás (Sachs J. *La fine della povertà*. Mondadori, Milan; 2005).

El comentario de Vandana Shiva sobre estos planteamientos es decisivo:

La historia de la pobreza es totalmente falsa. No son los pobres quienes han sido dejados atrás, si no los que han sido robados. La riqueza acumulada por Europa y Norteamérica ha estado mayormente basada en la riqueza arrebatada a Asia, África y América Latina. Ha sido esta violenta apropiación de los recursos y mercados del Tercer Mundo lo que ha creado la riqueza en el Norte y la pobreza en el Sur.⁽¹¹⁾

En los primeros años del nuevo siglo las dificultades de los países pobres (y de la gente pobre del mundo entero) han aumentado con el desequilibrio creciente entre los gastos en armas y el compromiso con el bienestar del individuo. El informe de 2005 de las Naciones Unidas sobre la situación social del mundo plantea que la reasignación de recursos de defensa hacia el desarrollo social no ha ocurrido, y que para las armas ha habido una tendencia opuesta a la existente en los noventa. Los gastos militares bajaron de 762 miles de millones en dólares US en 1993 a 690 en 1998, pero luego comenzaron a subir. Los gastos militares llegaron a 784 miles de millones en el 2002, sobrepasando el nivel de 1993. Los gastos militares llegaron a 956 miles de millones en el 2003, lo cual representa el 2,3 % del Producto Bruto global y probablemente llegue al millón de millones de dólares US en el 2005. Esta cifra es 20 veces el nivel de ayuda para el desarrollo.⁽¹²⁾

La ayuda, por su parte, no está libre de críticas. Se ha calculado que por cada dólar que los países pobres reciben para luchar contra las enfermedades, pierden dos a causa del comercio injusto. Un empobrecimiento extra de su capacidad para luchar orgánicamente por lograr resultados en salud procede de la migración de muchos doctores y enfermeras, quienes han crecido y han sido adiestrados en sus países y son esenciales para la salud, de los servicios públicos de salud que han sido desmembrados a proyectos dirigidos por benefactores para enfermedades individuales, y muchos más se marchan a países más ricos que ofrecen una paga mejor. Esto amenaza la existencia de los sistemas de salud, no importa cual sea el compromiso de muchos individuos privados, organizaciones, instituciones, fundaciones caritativas y asociaciones de voluntarios que trabajan en los

lugares de mayor necesidad, siempre y cuando esto no lleve a una dependencia.

Nuevas oportunidades

Sin embargo, muchos factores prometedores han emergido en años recientes. Uno de los principales es la creciente conciencia y capacidad de reacción ante las injusticias y riesgos colectivos, expresado con gran efectividad por el *New York Times* como comentario a las extraordinarias manifestaciones de oposición a la guerra contra Irak: Un nuevo superpoder ha aparecido en escena: la opinión pública. Otro factor positivo es el creciente interés en la protección y enriquecimiento de los bienes globales comunes como el agua, el medio ambiente y el conocimiento, los cuales son indivisibles, irremplazables y a menudo no reproducibles, y se encuentran entre los principales determinantes de salud. Se trata de bienes comunes no estatales, que pertenecen a los pueblos y a las futuras generaciones.

Éxitos parciales han sido logrados en este terreno. Para el agua, aunque la Organización Mundial de Comercio continúa planteando que se debe privatizar el servicio (y el recurso en sí mismo), la tendencia en muchos países, incluyendo Italia, es la opuesta: hacia la operación pública. Un caso emblemático es el de Cochabamba, en Bolivia, antes de las recientes elecciones políticas. El agua había sido privatizada, con la contribución de compañías multinacionales (incluyendo algunas europeas), el cobro se duplicó y como resultado un tercio de la población quedó sin suministro. Cuatro meses de conflictos sociales, que ganaron amplia solidaridad en América Latina, llevaron a la decisión de remunicipalizar el servicio. Las multinacionales pidieron 25 millones de dólares en compensación y luego tuvieron que retirarse para evitar la pérdida de prestigio. En cuanto a los fármacos, que en las epidemias severas como el sida y la malaria deberían ser considerados un bien común esencial, en muchos países del Sur ha sido posible romper la rigidez de las patentes en manos de las compañías multinacionales farmacéuticas y abrir el camino a la producción barata nacional. El nuevo superpoder ha hecho que su voz se escuche más de una vez.

Estos ejemplos son la expresión de un fenómeno mayor: la creciente influencia en la economía y en la política internacional de muchos países del Sur, los cuales durante décadas habían sido forzados a permanecer mudos o hablaban en voces tan débiles y divididas que casi habían quedado fuera de la arena. Con esto viene asociado un intenso desarrollo de la cooperación Sur-Sur en el comercio, la energía, el conocimiento y la salud, y la emergencia de gobiernos y perspectivas progresistas en países pequeños y grandes, desde la India hasta Brasil, y muchos otros países de América Latina.

Otra esperanza apareció con la declaración solemne aprobada por las Naciones Unidas en el 2000 que proclamaba los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ODM), entre los cuales se colocaron a la cabeza aspiraciones esenciales:

disminuir el hambre y la pobreza extremas, garantizar la educación primaria a todos los niños, eliminar la discriminación racial en las escuelas, reducir dos tercios la mortalidad infantil y por debajo de los cinco años de edad, disminuir a la mitad el sida, revertir la expansión de la malaria y garantizar la sostenibilidad medioambiental.

Los objetivos debían ser logrados para el 2015, pero el análisis realizado por el coordinador de los ODM *Jeffrey Sachs*(13) después de los primeros cinco años reveló notables retrasos, los cuales atribuyó a cuatro factores: fallas de gobernabilidad; trampas de pobreza, debidas al hecho de que muchos países bien gobernados son demasiado pobres para gobernarse solos; grupos de pobreza existentes también en los países de ingreso medio que tienen un gran número de familias extremadamente pobres; áreas descuidadas, que existen porque muchos políticos no están concientes de los retos y de qué hacer al respecto, o descuidan los requerimientos esenciales. En la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre, se añadiría: uno podía notar la acción restringente de los gobiernos de países ricos sobre los deberes colectivos (con pérdidas, retirándose de los compromisos con los ODM). El Embajador *J. Bolton*, representando a Estados Unidos, incluso presentó una propuesta (que fue denegada) para eliminar todas las referencias cuantitativas en los objetivos.

Incluso en el diseño del proyecto algunos objetivos nobles estaban salpicados de omisiones y distorsiones. No se menciona la equidad o la redistribución de los recursos. Uno de los objetivos principales, la construcción de sistemas de salud pública, fue pasado por alto y a veces obstruido por la acción vertical dirigida confusamente hacia enfermedades individuales o grupos de enfermedades, sin ninguna referencia a las causas sociales que median y las determinan. Después de analizar los enfoques de los ODM y el estado actual de su aplicación, la CSDH tuvo que observar que si las causas origen de las enfermedades continúan siendo ignoradas por los políticos, por los directores, por los programas y por la comunidad de donantes, es probable que el logro de una equidad mayor y el progreso reflejados en los ODM no sean alcanzados (Sesión del 12-14 de septiembre de 2005, Ahmadabad, India).

Las opciones de Europa

Europa, y en particular los países de la Unión Europea (UE), tienen la ventaja de un modelo social probado, con mayor igualdad que otras partes del mundo. ¿Pero cómo ven los ciudadanos de la Unión la acción específica que esta realiza? Una encuesta llevada a cabo en septiembre de 2005 por la agencia de la UE *Eurobarometer* hizo a los ciudadanos la siguiente pregunta: ¿Qué políticas desea usted que defina la UE en lugar de sus países miembros?, y se les brindó tres campos de acción: la lucha contra el terrorismo, la política exterior y las políticas de salud. La opción de fe en la UE obtuvo la aprobación de 70 % para la lucha contra

el terrorismo y 60 % por la política exterior, pero sólo el 30 % quería confiar las políticas sociales y de salud a la UE. Cuando en el 2005 una mayoría de votantes franceses y holandeses, especialmente aquellos de áreas pobres y suburbios, votaron contra el Tratado Constitucional Europeo, expresaban no tanto una crítica a sus 448 artículos (un record mundial para una Constitución) si no el descontento con la situación social y la falta de compromiso de la UE con el desempleo, la erosión del modelo social, el aumento de la injusticia y el insuficiente y distorsionado rol de las instituciones. De los 460 millones de ciudadanos europeos 25,60 millones se encuentra desempleado y el 15 % de la población se encuentra cerca de o en el umbral de la pobreza.

En los problemas de salud, la UE ha producido buenos principios técnicos sobre la salud y la seguridad en el trabajo, los estándares medioambientales, reglas para la calidad de los fármacos y la seguridad de la alimentación, pero a nivel político, los enfoques siguen una dirección divergente y a veces opuesta a la de la equidad, la prevención y la acción sobre los determinantes de las enfermedades.

El autor de este trabajo, ha recibido ahora una experiencia más directa, en varios campos, debido a su presencia en el Parlamento Europeo. Lo que más le ha impresionado en la parte del lenguaje (que siempre es sustancial) y en las opciones culturales y morales, es que en los documentos presentados a la Comisión Europea, pero también por parte de muchos miembros del Parlamento, la salud es sistemáticamente considerada más un medio que un fin en sí mismo o como un bien vital. Se considera importante para obtener otros fines: porque aumenta la productividad o porque ayuda a ganar en la competencia económica. Desafortunadamente, incluso los programas para la educación y la investigación científica tienen el obligatorio prefacio donde enfatizan que el conocimiento y los descubrimientos están al servicio de la economía. No es un accidente que el Comité ITRE, el de la industria, es responsable de la investigación en el Parlamento. Además, los documentos europeos son reacios a enfatizar las condiciones históricas, medioambientales, sociales y culturales en las cuales la población vive, trabaja y sufre enfermedades; el hecho de que el 15 % de los ciudadanos viven en, o por debajo del umbral de la pobreza es ignorado, y las referencias a los determinantes sociales y la necesidad de mayor igualdad son objetivos marginales [Propósito del Parlamento Europeo: Programa de acción comunitaria (2007-2013): aspecto sanitario, n.A6-0030, aprobado el 16 de marzo de 2006]. Otra distorsión, debida probablemente a la influencia de los grupos de presión médico-farmacéuticos en busca de clientes (profesionales) o compradores (pacientes), es la carrera para aumentar las cifras sobre la incidencia de enfermedades individuales. Casi como en un juego, sumó los totales de las diferentes enfermedades mencionadas en las estadísticas preparadas por las asociaciones médicas de especialistas

y descubrió aterrorizado (por él y por otras personas) que cada europeo se encuentra afectado por lo menos por dos y media enfermedades severas. Solamente en las enfermedades mentales, un documento de la Comisión, aunque sea bien orientado hacia la de-institucionalización de las terapias,⁽¹⁴⁾ plantea que el 28 % de los europeos sufren de serias perturbaciones mentales. Cuando se discutió en el Comité (eran unas cincuenta personas), planteó que si esos números eran exactos, y siendo ellos, los miembros del Parlamento, una representación de la población de Europa no sólo en términos políticos sino también estadísticos, 14 de esas personas estarían entre ellos. Los invitó a ponerse de pie, pero nadie se paró.

Otro aspecto de la política de salud europea yace en la concentración de su atención sobre los riesgos que aparecen externamente. A menudo se habla incluso de enfermedades transfronterizas, una expresión que llega directamente de las décadas de los años 1800 cuando nació la salud internacional por miedo a una plaga y al cólera que provenían del Oriente. Entonces existía un conflicto científico (y económico) entre Gran Bretaña, el poder colonial que no quería detener o poner en cuarentena las naves que cargaban sus mercancías y los otros países que proponían *cordones sanitarios*, y también el inteligente consejo de *Robert Koch*: La solución se encuentra en combatir las enfermedades donde se originan.

Finalmente, en cuanto a los servicios de salud, el Parlamento Europeo discutió recientemente una Directiva, llamada Directiva Bolkestein por el anterior Comisionado para el Mercado Interno (Parlamento Europeo: Directiva del Parlamento y del Congreso sobre el servicio del mercado interno, sesión del 16 de febrero de 2006), que proponía la apertura total al mercado de todos los servicios con la inclusión de aquellos de interés general, como la salud y la educación. Es de gran importancia destacar que hubo numerosos esfuerzos en los países europeos para oponerse o corregir la directiva, entre ellos, la más grande manifestación de trabajadores jamás vista en Estrasburgo el 14 de febrero de 2006. En parte, como consecuencia de estos movimientos, dos días después el Parlamento Europeo votó por sustanciales modificaciones al texto en términos de salud y asuntos relacionados con ello, pero el asunto continúa abierto, ya que hay otros pasos legislativos que deben ser completados.

Riesgos y posibilidades

Las distorsiones que se han analizado someramente indican que Europa corre el riesgo de involucionar en la escala de valores, perder su posición de líder que logró en la toma de decisiones políticas de salud a finales de los 1800s, y luego consolidó en los 1900s con los beneficios del Estado de Bienestar y con los análisis políticos y legislativos cuyos objetivos iban encaminados a una mayor igualdad en salud y al acceso

universal a los servicios. Las experiencias exitosas también permitieron estimular el compromiso europeo a otros países, con vistas a establecer una mayor equidad en salud siempre y cuando eran apropiadas a los requerimientos de los otros.

Entre estas experiencias una de las mejores es la de Suecia, la cual desde los tiempos de *Olof Palme* se ha encontrado a la cabeza de las relaciones con los estados del Sur. Su originalidad yace en haber colocado explícitamente los factores sociales, que en gran medida son determinantes, en el centro de las decisiones de políticas de salud, apuntando hacia once objetivos. 1. La participación del público y su influencia en la sociedad. 2. Seguridad económica y social. 3. Condiciones favorables durante la infancia y la adolescencia. 4. Una vida laboral saludable. 5. Medioambiente y productos saludables y seguros. 6. Sistema de salud que promueva una buena salud. 7. Protección efectiva contra enfermedades infecciosas. 8. Sexo seguro y salud reproductiva. 9. Más ejercicio físico. 10. Hábitos saludables de nutrición y comida segura. 11. Menor uso de alcohol y tabaco y liberación de las drogas.

Un análisis comparativo de las tendencias en otros países europeos sería muy importante y estimulante.

Las condiciones iniciales son siempre diferentes, y en muchos países son mucho menos favorables. Sin embargo, la conciencia de las injusticias tanto en países ricos como

pobres está creando las condiciones para un cambio de dirección que pudiera estar basado, según las circunstancias, en el compromiso gubernamental, en el trabajo de las autoridades locales, en las iniciativas de la sociedad civil, en la lucha de los trabajadores o en los movimientos sociales y culturales animados por valores morales.

En sustancia, el nuevo superpoder, además de hacerse sentir como una expresión de la opinión pública, tiende a agregar, a preparar análisis, a organizar experiencias significativas, a presentar proyectos alternativos tales como, en Italia, el *Manifiesto por la Igualdad*, promovido por la Asociación de Epidemiología y como el informe alternativo *Global Health Watch 2005-2006* (Vigilancia Global de Salud 2005-2006), preparado, con el apoyo del Movimiento de Salud para los Pueblos, por Medact (Londres) y por Global Equito Gauge Alliance (Durban). La publicación (Zed Books, Londres 2005) documenta muchas situaciones inaceptables de salud, enfatiza en la carga colectiva de la pobreza y la injusticia y propone nuevos modelos de políticas de salud basados en la participación, en la cual una buena salud se convierte en parte integral de los derechos de la ciudadanía y es garantizada como un bien global público. El primer requerimiento es que los regímenes globales actuales, creados para apoyar el sistema de comercio y finanzas, sean balanceados por un contrato global social para el beneficio de los pueblos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sigerist HE. *Civilization and Disease*. Chicago: The University of Chicago Press;1943.
2. _____. *Papirus Sallier*, 2, 4, 6 and f. Chicago: The University of Chicago Press: 1943.
3. Villermé LR. Rapport fait par M. Villermé et lu à l'Académie de Médecine, au nom de la Commission de Statistique, sur une série de tableaux relatifs au mouvement de la population dans le douze arrondissements municipaux de la ville de Paris pendant les cinq années 1817, 1818, 1919, 1820 et 1821. Paris: Académie de Médecine; 1826.
4. Porter D. Public Health. In: Bynum WF, Porter R, editors. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. V2. London: Routledge; 1993.p.1239-40.
5. _____. *Health, Civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*. London, New York: Routledge;1999.
6. Engels F. *Die Lage der arbeitenden Klassen in England*. Leipzig: Otto Weigand;1845.
7. McKeown T. *The Modern Rise of Population*. New York: Academic Press;1976.
8. Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. Promoting Public Health in the 21st Century: the role of the WHO. In: Kawachi I, Wamala S, editors. *Globalization and Health*. New York: Oxford University Press;2005.
9. World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. New York: Oxford University Press;1993.
10. Dahrendorf R. Le disuguaglianze di una società libera. *La Repubblica*, 30 January; 2006.
11. Shiva V. Così si condanna il Sud alla povertà. In the monthly *Aprile*, January 2006.
12. Report on the social situation of the world. New York: UU.NN.; 2005.
13. Sachs J. Investing in development. A practical plan to achieve the millennium development goals. New York: Millennium Project;2005.
14. European Commission: Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Bruxelles: European Commission;2005 (COM2005, 484 final).

* Un resumen fue presentado al año siguiente en el Congreso Mundial de Medicina para el Estudio de las Condiciones Actuales de Vida, Viena 23-25 de mayo de 1953, con el título *La mortalidad en diferentes barrios de Roma en tiempo de paz y en tiempo de guerra* y publicado nuevamente en: *Berlinguer G. Malaria urbana. Patología de la metrópoli*. Feltrinelli, Milán 1976, pp.63-99.