

Globalización, Estado y salud

Giovanni Berlinguer¹

Este congreso se propone aportar nuevas ideas a la salud pública y a los ideales de justicia social en el marco de una globalización penetrante que tiende a alcanzar a todos los ciudadanos del mundo. Este proceso es irreversible, porque se debe más a la innovación productiva, a las nuevas tecnologías, a las comunicaciones y porque está guiado por la política; además de intereses económicos que orientan para bien, para mal, sus medios y sus finalidades. ¿Cómo evaluar la salud y la vida frente a los procesos de globalización?

El principio debería ser que la salud es un bien común, como escribió Henry Siegerist en su maravilloso libro de los años treinta del siglo pasado, *Globalización y salud: el género humano está ligado en este campo por un destino común*, desde cuando se pronunció la unificación microbiana del mundo en el año 1492, y desde cuando, muchos siglos después, se crearon los conocimientos, los recursos humanos y los instrumentos que permitirían luchar contra las enfermedades y promover la salud. Por ello resulta paradójico que en tanto que se globalizan las finanzas, la información simultánea, la migración de pueblos, los traslados de mercancías, los sistemas de poder, las producciones, el consumo del trabajo humano, se haya pasado por alto un bien esencial como la salud, o se haya deteriorado por una globalización unilateral e invasiva; justamente porque una globalización puede responder —y por esto no se puede ser contrarios a la globalización— o podría responder a muchas exigencias y está en el presente y está en el futuro humano. La salud y la vida deben encararse hoy como una finalidad global, como un bien a favor del cual hay que actuar de manera explícita y programada, en primer lugar con políticas adecuadas.

Podría citar muchos ejemplos en la historia, que recuerdan cómo y cuándo las decisiones políticas deben influenciar a los seres humanos, planificando la muerte o promoviendo la vida. De los ejemplos quiero recordar solo uno que dio en Europa una contraposición total de los objetivos, al mismo tiempo junto a una coincidencia de tiempo. Dos eventos se produjeron a principios del año 1942, año crucial de la Segunda Guerra Mundial: Hitler reunió en Wannsee a los líderes nazis, después de haber perseguido durante años, o matado o esterilizado a los opositores, a los verdaderos presuntos enfermos de la mente, como se acostumbraba, y decidió en

esta reunión emprender en los hornos crematorios de toda la Europa ocupada la macabra operación que se denominó *la solución final*; es decir, el exterminio total de los judíos. En abril de ese mismo año, William Beveridge presentó en nombre del gobierno inglés —en la ciudad de Londres, que en este momento se hallaba azotada por las bombas—, el proyecto del Estado de bienestar, que afirmaba el derecho a la vida, a la salud y a la seguridad para todos los ciudadanos independientemente de la clase, ingreso, género e instrucción. Entre sus instrumentos están el sistema de pensiones, la asistencia social y el servicio nacional sanitario. A partir de este proyecto y después de que Franklin Delano Roosevelt añadió la lista de las libertades liberales con la *Freedom from Wants* (libertad de la necesidad), y después con la creación de la Organización Mundial de la Salud, se asumieron nuevos roles como prioridades de la política, la salud y la vida y se enseñaron nuevos deberes a los Estados y a las entidades internacionales. Las victorias que se produjeron en la lucha contra las enfermedades se multiplicaron durante los años que siguieron a estas decisiones, a causa también de la contemporánea difusión, amplia y algunas veces universal, de nuevos productos para la salud, como los antibióticos y las nuevas vacunas.

Todavía muchos gobiernos, incluidos los de los países pobres, orientan sin embargo sus presupuestos, más que hacia la salud pública, hacia la construcción de pocos, grandes edificios de salud, hospitales equipados con las últimas tecnologías y destinados principalmente a las comunidades de elites urbanas. El viraje hacia las urgentes necesidades de las personas pobres y desfavorecidas se produjo en los años sesentas y setentas, invirtiendo en la salud pública y privilegiando programas sanitarios de tipo comunitario y formas participativas de asistencia y enfatizando la prioridad de la prevención y de los tratamientos de base. Para confirmar esta línea, estaban las experiencias que se llamaron de buena salud a bajo precio, es decir, las realizaciones del estado indio de Kerala, de Sri Lanka, de Costa Rica y de Cuba, que demostraban que la salud puede progresar incluso donde la renta per cápita no es alta, siempre que haya un compromiso del Estado y de la comunidad para crear servicios diseminados y accesibles a todos, para difundir la enseñanza, para hacer frente a las causas sociales de las enfermedades.

¹ Profesor de medicina social en la Universidad de Roma, responsable del Primer Plan Sanitario Nacional de Italia en el marco del Programa de Desarrollo Económico aprobado por el Parlamento Europeo. Cibercorreo: g.berlinguer@aprilperlasimistra.it

En el año 1975, el director general de la OMS, Halfdan Mahler, propuso a la asamblea general de la OMS la idea utópica, pero movilizante, de la salud para todos en el año 2000, acompañándola con una explícita referencia a las causas sociales de las enfermedades y proclamando el objetivo íntegro: la eliminación de los obstáculos a la salud, esto es, la eliminación de la malnutrición, la ignorancia, el agua contaminada, las viviendas malsanas, que son tan importantes como la solución de los problemas críticos. Dos años después, se sucedieron simultáneamente el triunfo y la decadencia de estas orientaciones: por un lado, la conferencia de Alma Ata, promovida por la OMS y la UNICEF, volvió a lanzar al mundo la propuesta de Mahler, pero al mismo tiempo el mundo estaba transformándose, era otro, cambiaba y empezaba la era del neoliberalismo. Una corriente de pensamiento y de acción orientada —refiriéndose a la salud, sobre todo, como inversión— a criticar la sanidad pública como un obstáculo a la iniciativa privada, a dejar de lado el valor de los bienes comunes, a desplazar el papel de dirección de la Organización Mundial de la Salud hacia otras entidades internacionales: el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio. Con una pequeña diferencia, que la Organización Mundial de la Salud tiene una obligación moral frente a la salud, mientras que el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio son organizaciones respetables mas no tienen ninguna obligación moral frente a la salud, tienen una obligación moral para con la economía.

A partir de los años ochentas, el objetivo de la salud para todos los seres humanos desapareció pues del horizonte político. A la idea de que el bienestar físico, mental y social puede ser una finalidad del desarrollo, un multiplicador de los recursos humanos y una prioridad del compromiso público, se ha opuesto la tesis de que los sistemas universales de asistencia son un peso para las finanzas del Estado y un obstáculo para el crecimiento de la riqueza. La justificación moral de estas orientaciones ha sido la certeza dogmática de que la conjunción virtuosa entre el libre mercado y el progreso científico extendería gradualmente sus efectos benéficos a todo el mundo.

Muchos análisis críticos nos dicen desgraciadamente que esta previsión no se ha cumplido; su fracaso, sin embargo, no nos puede hacer olvidar los progresos en marcha en muchas partes del mundo; no nos puede hacer esconder los defectos de muchos sistemas sanitarios públicos que requieren nuevas aportaciones e ideas actualizadoras y sobre todo, no nos pueden hacer negar que la ciencia y el mercado son creaciones positivas del ingenio humano. Ustedes pueden compartir o no estas consideraciones que tienden a corregir juicios unilaterales. La relación entre salud y política en nuestra era es seguramente dramática. El diagnóstico evidente, lo más evidente de lo que está sucediendo y el impulso más urgente al cambio, se hallan en el aumento exponencial de las

desigualdades, tanto entre países como dentro de cada país, ya sea en la salud como en la esperanza de vida.

El informe de 2005 de la ONU sobre la situación social en el mundo lleva el título *The Inequality Predicament*, una frase insólita para decir “situación difícil con pocas soluciones”. Entre los aspectos no económicos de las virtualidades, el informe cita: “La tasa de mortalidad de los primeros cinco años de vida, los veinte países que tienen condiciones mejores no sufren virtualmente de mortalidad a esas edades”, (sic). Mientras que en los países de peores condiciones muere uno de cada cinco niños, la mortalidad materna en los países en desarrollo es cuarenta y cinco veces más elevada que en los países desarrollados: una muerte por sesenta y un partos contra una de 2.800 partos en los países desarrollados.

Lo que me inquietan son las palabras, no solamente las cifras; virtualmente no hay mortalidad en los países desarrollados, virtualmente no hay mortalidad en sí misma. ¿Cuántos son? Y si se puede considerar que cada muerte es una tragedia para todos, igualmente la expresión de que existen países desarrollados y países que se están desarrollando es falsa. Hay países que eran desarrollados y ahora están haciéndose subdesarrollados, hay países que son externantes y hay países que se están precipitando en la pobreza y, en fin, países olvidados, como algunos países de África.

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud, la mortalidad infantil en Canadá es de 5,1 por cada mil nacimientos; en Haití es de 97,1 por cada mil nacimientos. El riesgo de muerte materna es de uno por cada 7.700 partos en Canadá y uno por cada 17 partos en Haití. A una escala más amplia, este riesgo es 35 veces mayor en América latina y el Caribe que en América del Norte. También en Europa existen muchas diferencias en la esperanza de vida, hasta de cinco o diez años de vida según el ingreso, el trabajo, la instrucción y la clase social.

Es muy grave el límite de la supervivencia en la situación en salud de muchos países africanos: en un artículo de Leonard Kishwood se dice: “¿Puede el mundo seguir aceptando 40 años de diferencia en la esperanza de vida entre Somalia y Japón? ¿Cómo definir esta negligencia humana en nuevos términos, en la era en la que se es capaz de contrarrestar las enfermedades? ¿Puede algunas veces calificárselo como un crimen contra la humanidad?”. Yo no tengo respuesta para esto, pero es un punto de reflexión.

En el último período, a diferencia de los años ochentas y noventas del siglo XX, cuando pocos análisis de opiniones aisladas contrastaban las corrientes dominantes, hemos asistido —y a veces participado con renovada confianza— de un extraordinario progreso de conocimientos, al tesón de movimientos y organizaciones de la sociedad civil, a la presentación de promesas y proyectos, a la expansión de donaciones benéficas, a la aparición de los proyectos internacionales nuevos y de entidades orientadas hacia las políticas de salud.

No ha desaparecido todavía la fatal indiferencia hacia la inequidad en la salud y hacia los factores sociales de las enfermedades, y queda a menudo predatorio el impacto de la globalización que abre los mercados y cierra el camino a los derechos; pero el conocimiento de los hechos se ha difundido mediante numerosas investigaciones exhaustivas e incontestadas. Las profundas desigualdades de los riesgos globales para la salud han adquirido visibilidad en los medios de comunicación globales.

En este cuadro de oportunidades, se ha manifestado una tendencia, por el énfasis en las enfermedades más graves —infecciosas sobre todo— a fortalecer los sistemas de salud, a contrastar los esfuerzos de la lucha contra la pobreza, y allí, la Organización Mundial de la Salud decidió el año pasado integrar estos esfuerzos con la creación de una Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, porque dichos determinantes sociales son muchas veces la raíz de las enfermedades.

El trabajo de esta comisión está orientado en cuatro direcciones. La primera consiste en conocer y difundir las realidades y las causas de las enfermedades que a veces se tiende a esconder. Me alegró mucho, por ejemplo, leer el reporte mundial sobre la salud en el año 2003, donde había un catálogo de las enfermedades que provocaban en los países en desarrollo la mortalidad más alta. La número uno de esta lista se llamaba *underweight* (bajo peso), un término absolutamente neutro, sin contenido moral. La realidad es el hambre y es un fenómeno que todo el mundo percibe como dramático, porque no se trata de centímetros y de gramos que se deben confrontar.

El segundo punto consiste en promover acciones y desarrollar experiencias directas y, sobre todo, indirectas (porque entendemos que la comisión no puede hacer más), en diferentes niveles: internacional, nacional y local, y muchas veces las mejores experiencias locales anticipan otras conquistas. Y en instar, junto con muchas organizaciones y movimientos que existen, para cambiar nuestra visión de los determinantes sociales y, en fin, estimular una guía más saludable que comprometa los gobiernos y todas las entidades que se ocupan de la salud.

Una gran novedad consiste también en el interés directo de la ONU y del grupo de los gobiernos —el gobierno de los ocho—, de los países más ricos, por el tema de la salud. Este grupo ha hablado de estos temas a finales de los años ochentas y la Organización de las Naciones Unidas efectuó en el año 2000 una cumbre que ha tenido una gran repercusión con los objetivos de desarrollo del milenio, que comprenden once metas para alcanzar antes del año 2015. Muchas de estas metas son relativas a la salud: reducir la pobreza y el hambre, garantizar a todos los niños la enseñanza primaria, eliminar en las escuelas la discriminación de las mujeres, reducir en dos tercios la mortalidad infantil y la mortalidad hasta los cinco años, reducir el impacto del sida e invertir la

expansión de la malaria y garantizar la sostenibilidad ambiental. Desafortunadamente, el análisis efectuado después de un lustro por el coordinador de estos objetivos del milenio, Jeffrey Sachs, ha mostrado algunos progresos y muchos retrasos en el proceso orientado a estos objetivos.

En septiembre del 2005, la asamblea general de la ONU tuvo que enfrentar una iniciativa del embajador, representante de los Estados Unidos, para disminuir las acciones, los gastos y los compromisos en favor de los objetivos del milenio.

Ya en la formulación del proyecto, por otro lado, nobles objetivos se han neutralizado con omisiones o distorsiones; no se habla de equidad ni de distribución de los recursos. Uno de los principales caminos, la construcción de sistemas de sanidad pública, se ha olvidado y, a veces, obstaculizado, debido a una acción vertical orientada hacia cada una de las enfermedades o grupos de enfermedades, lo que es importante, pero sin referencias a las causas de las causas, a los determinantes sociales que ocasionan su origen y evolución.

En septiembre de este año, la Comisión sobre los Determinantes Sociales ha constatado que las causas radicales de las enfermedades siguen siendo subestimadas por los políticos, por los directores de programas y por la comunidad de los trabajadores, lo que hace probable que el logro de mayor equidad y los progresos agregados de los objetivos del milenio no se obtengan. A estas consideraciones específicas puede ser útil —aunque quizás inoportuno— añadir dos apreciaciones personales: la primera es que la legítima aspiración de los ciudadanos a la seguridad corre en este período el peligro de limitarse a dos campos: la lucha contra el terrorismo y la lucha contra la criminalidad organizada o esporádica, que son objetivos esenciales para la convivencia y la vida humana. Pero se dejan de lado otros campos de la seguridad, por ejemplo, la seguridad alimentaria, que es la lucha contra el hambre; la seguridad ambiental, que es la lucha a favor de las futuras generaciones; y la seguridad de poder conocer y participar en libertad y democracia para la vida colectiva.

La segunda apreciación se refiere al peso del desequilibrio creciente entre los gastos para las armas y los gastos para el bienestar de las personas. El informe de la ONU afirma que no ha habido una nueva reasignación de los recursos de la defensa al desarrollo social y que se reconoce una tendencia opuesta; entre los años 1993 y 1998 disminuyeron los gastos militares de 162 mil millones a 690 mil; después aumentaron hasta superar probablemente el trillón de dólares en el año 2005, que es aproximadamente 20 veces el nivel de las ayudas que se dan al desarrollo. Las ayudas tampoco están exentas de críticas; se ha calculado que por cada dólar que reciben los países pobres para la lucha contra las enfermedades, esos países pierden dos dólares a causa del comercio injusto, y esta es también una responsabilidad de la Unión Europea.

Otra reducción de la capacidad de los países pobres consiste en el traslado de médicos y enfermeros de los servicios coordinados de la salud pública, que son absolutamente necesarios, hacia las organizaciones no gubernamentales, o bien al extranjero, hacia los países ricos que ofrecen mayores retribuciones. Es positivo de todos modos que alrededor de la salud, entendida como la finalidad, se muevan sujetos diferentes, instituciones y organizaciones privadas con acciones benéficas, asociaciones de voluntarios que trabajan en los lugares donde más hace falta.

Así como muchos Estados han construido en el pasado eficaces sistemas de salud pública, ahora es necesario construir un sistema adecuado al siglo XXI, a un sistema global, a los derechos universales de la mayoría y de mayor equidad. Según el artículo de fondo del *British Medical Journal*, es necesario un contrato social para la salud. El principio, el punto de partida es considerar la salud como un derecho individual y al mismo tiempo como un bien común global. El segundo punto es considerar la salud como elemento fundamental de la seguridad humana, a la par de otros riesgos. Estas referencias conllevan una mayor capacidad de gobernar las políticas de la salud para la OMS, y debe tener—y debe ser— un mandato más fuerte de parte de la comunidad internacional.

En los Estados, la conducción no puede ser limitada a los ministerios de salud; debe involucrar todas las instituciones que influyen directa o indirectamente sobre la salud. La base moral de estas orientaciones está en el hecho de que las personas —hombres y mujeres— nacen iguales frente a las

leyes, que la salud es un derecho del individuo y un interés de la colectividad, como está escrito en el artículo 32 de la constitución de mi país, así como también, de forma análoga, de muchas constituciones latinoamericanas, lo que en términos políticos y culturales significa estimular el crecimiento de la ciudadanía activa en favor de la salud y de la vida.

Me he preguntado como estudioso y participe de muchas iniciativas, ¿cuáles son los motivos de la rápida expansión que hacen la explosión del interés por la equidad de la salud? Específicamente, quiero mencionar dos. Uno es negativo: el notable incremento de las diferencias injustas —que ahora es evidente y está incluso a la vista del observador superficial; el otro es positivo: la reacción de los sentimientos y de la razón ante esta injusticia que nos hace percibir los sufrimientos y duelos que se pueden evitar, de penas no merecidas por muchos de nuestros semejantes. Sin embargo, creo que este movimiento de conocimientos, proyectos y labores en el campo de la salud no hubiera podido crecer con un ritmo y un alcance tales, sino se hubiera dado al mismo tiempo un cierto principio de cambio en el clima moral, político y cultural del mundo. América latina está contribuyendo más, y a veces en polémicas con otras áreas del mundo, a intensificar y a acelerar este camino.

Espero que ustedes hayan tenido una actitud de tolerancia frente a las torturas que he infligido al idioma español, y espero que los académicos que me han honrado con el título honoris causa como magister en salud pública no vayan a retirar, después de esta conferencia, la decisión.

Muchas gracias por su atención.