

2. *¿Salud para todos o para pocos?*

La exigencia de lograr –para cada uno y para todos– un nivel más alto de salud, es una íntima y antigua aspiración humana; pero recién ha sido alcanzada por muchos sólo en la segunda mitad de este siglo. Los recorridos, triunfos y fracasos de las tentativas cumplidas, pueden ser resumidas a través del examen de dos utopías que han encontrado su expresión más lograda en las ideas y en los programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La primera utopía nació en 1948 con la constitución misma de la OMS, y con la definición de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Por varios decenios todos exaltaron esta definición, porque tendía a superar la idea de que la salud fuera entendida sólo en sentido negativo, como ausencia de enfermedad. Y porque yendo más allá, superando una visión puramente biológica de los fenómenos de morbosidad, unía el estado físico de los individuos a sus condiciones mentales y sociales. Pero fue considerado irónicamente ya que si un individuo, proveniente de cualquier país del mundo, se presentase en la sede de la OMS en Ginebra y declarase: “yo gozo de un completo bienestar físico, mental y social”, se arriesgaría a ser considerado un extravagante y tal vez sería encerrado en un manicomio.

Pienso que aquellos que formularon esta definición no habían leído ni visto representada la comedia de Jules Romain: *Knox, o el triunfo de la medicina*, escrita y representada por Louis Jouvet por primera vez en París en 1923. Es la historia de un médico joven y ambicioso, llamado para sustituir a un colega de viejo estilo, Albert Parpalaid, en el pueblo de Saint-Maurice, donde muy pocos recurrían a la consulta médica y casi todos los pobladores estaban relativamente bien. El doctor Knox se había doctorado con una tesis titulada *El hipotético estado de salud*, en la que enfrentaba el principio que dice que “*las personas tan saludables, son los enfermos ocultos*”. Una vez en su puesto, declaró inmediatamente su deseo de querer “*instruir a esta pobre gente de los peligros que a cada segundo asedian su organismo*”. Lanzó la proclama “*la era médica ha llegado*”, y en poco tiempo transformó a los pobladores en una comunidad universalmente necesaria de atención médica. Si hubiesen conocido a Knox, los fundadores de la OMS hubiesen sido más prudentes al asumir una definición de salud tan abarcadora, tan medicalizante y tan similar a aquella adoptada en Saint-Maurice. Se debe agregar lamentablemente, que a fines de los 80, los delegados del Estado del Vaticano y de las naciones musulmanas, propusieron a la asamblea de la OMS, agregar a la frase “físico, mental y social”, una cuarta categoría de la salud: la espiritual. La propuesta fue aprobada con 24 votos a favor, 10 en contra (las naciones del bloque oriental, entonces notoriamente hostiles a cualquier valor del espíritu) y una centena de abstenciones de los países libres. Afortunadamente el voto no implicó la fundación de un “departamento para las enfermedades del espíritu” por parte de la OMS, ni la difusión de escuelas de especialización en la medicina del espíritu.

La definición de la OMS, en los últimos decenios, ha sido también discutida en el plano científico por su estaticidad y por haber sido superada por otros conceptos más dinámicos. Por ejemplo: la idea de que la salud es una condición de equilibrio activo que comprende incluso la capacidad de reacción ante las enfermedades que se manifiestan en el hombre y su ambiente natural, familiar y social. Pero aunque escarnecida y criticada, la fórmula de la OMS, que por algunos decenios ha sido difundida universalmen-

te, ha desarrollado sustancialmente una función estimulante hacia la aspiración para la salud. Esto ha sucedido también porque justamente a partir de los años siguientes a 1948, se demostró que muchos pueblos de la tierra habían alcanzado una condición de mayor bienestar.

La segunda utopía, comprendida en la fórmula “Salud para Todos en el año 2000”, fue lanzada por la OMS en los años setenta, justo en la culminación de un ciclo sanitario positivamente desigual, pero rápido y difuso, y por esto sin precedentes en gran parte del mundo. La fórmula fue acompañada de proyectos, plazos y empeños de muchos gobiernos, pero tuvo desde el inicio un impacto menor al precedente, no sólo porque mostró desde el principio su carácter utópico y a veces eludible, sino más aún porque poco después fueron cambiando las condiciones político-sociales que hubiesen permitido acercarse a la meta.

La conferencia sobre la promoción de la salud, organizada por la OMS en Sundsvall (Suecia) del 9 al 16 de Junio de 1991, constató el substancial fracaso de este objetivo. En el documento final, la conclusión fue que las condiciones laborales y ambientales, las guerras, las deudas externas, la pobreza y los otros factores, hacían que el objetivo de Salud para Todos en el año 2000 fuese extremadamente difícil de alcanzar. Antes del voto, fue propuesto insertar en lugar de esa frase, esta otra: “*todo esto está transformando la Salud para Todos en salud para pocos*”. La formulación no fue aceptada, ya sea porque las razones diplomáticas opacan frecuentemente el lenguaje de la OMS o ya fuese porque no supo aparecer como una respuesta a la verdad. En una población mundial que se acerca a los 6 mil millones, en efecto, no serán ciertamente pocos aquellos que gozarán al fin de este siglo de una buena salud, o de todos modos mejor que en los decenios precedentes. Se puede decir, en cifras bastante aproximadas, cerca de los dos mil millones, esto es un tercio. Otro tercio la tendrá discreta, y el tercio restante, decadente, empeorante o pésima. Este último tercio, sin embargo, está creciendo a causa de la mayor dinámica demográfica que se manifiesta en aquellas áreas del mundo que son definidas en vía de desarrollo, pero que refutan-

do los eufemismos, se encuentran comúnmente en estancamiento, o en vía de ulterior subdesarrollo. En estas áreas están resurgiendo enfermedades que se creían vencidas desde hace tiempo, como el cólera que reapareció después de casi un siglo en América Latina, o bien están aumentando las enfermedades endémicas y letales, como la malaria que en África se suma a los efectos devastadores del sida.

Pero también **en los países más ricos son dos los fenómenos alarmantes.** Uno es que también aquí vuelve a manifestarse el riesgo de las enfermedades infecciosas. No sólo del sida, pero también de uno de los flagelos que caracterizaron al siglo XIX, la tuberculosis. La OMS ha considerado que los Estados Unidos, Suiza e Italia son, entre los países desarrollados, aquellos en los cuales se ha manifestado el mayor número de nuevos casos desde 1987 hasta 1991. **A la aparición o reaparición de las enfermedades transmisibles, ha seguido, como fenómeno cultural, la aparición de la antigua asociación entre enfermedad, culpa y castigo.**

Es justo subrayar, con orgullo de modernos, que salvo pocas excepciones (como la segregación de los enfermos en Cuba, o la irritante acusación del cardenal Siri contra la *enfermedad del pecado carnal*), la estrategia para la contención del sida ha estado basada más sobre el valor de la libertad individual que sobre el control de los enfermos; más sobre la solidaridad hacia ellos que sobre la (falsa) seguridad de los sanos. Dos estudiosos, el filósofo John Harris y el bioestadístico Soren Holm, han comparado los modelos de difusión epidémica y de reacción política verificando los del sida, y aquellos recordados en las crónicas por algunos flagelos del pasado, como la lepra y la peste. Y se han preguntado, considerando la posibilidad de que la humanidad deba enfrentar nuevas enfermedades emergentes: el actual comportamiento más abierto y humanitario ¿se ha debido al progreso moral o más bien a la escasa capacidad difusiva del virus del sida, el cual no se transmite a través de los normales contactos sociales? Y entonces ¿La tolerancia se mantendría en caso de que debiesen aparecer virus más difusos que el del sida? Es de esperar que el segundo problema quede en teoría. Pero la reaparición de la tuberculosis

en los países desarrollados, que es la consecuencia de muchos factores (entre ellos la resistencia de las bacterias a los antibióticos, las infecciones asociadas con el sida, el crecimiento de la marginalidad y de la pobreza urbana) es ya acompañada por la acusación a los inmigrantes de que son ellos los portadores de las enfermedades, acusación que no tiene en cuenta el hecho de que ellos, habitualmente, son las víctimas a causa de las condiciones de trabajo, de la nutrición, de la vivienda, de depresiones psicológicas, que sufren aquí donde ellos llegaron. Pero los conceptos de culpa y castigo se representan también más allá del campo de las enfermedades infecciosas. Las polémicas culturales y las oscilaciones legislativas en el fenómeno de la droga son claros testimonios.

Otro fenómeno alarmante es que también en los países desarrollados la distribución de la salud (y de la posibilidad de vida) no responde al objetivo "para todos". En la conferencia de Sundsvall, Ingrid Thalen, ministra sueca de la sanidad, se ha referido con sinceridad a que en su país, donde la población se sitúa entre las más sanas y mejor asistidas del mundo, la vida de los operarios de la industria manufacturera dura en promedio, diez años menos que la de los trabajadores que hacen trabajos más salubres, autónomos y satisfactorios y que tienen un nivel más alto de instrucción. Hay que recordar que en el inicio de los años 80, la oficina europea de la OMS elaboró un programa de 39 puntos para realizar la estrategia de Salud para Todos, y puso como objetivo el siguiente: para el año 2000 las diferencias en estado de salud entre los países y entre los grupos que conforman cada país, deberán ser reducidas al menos el 25% mejorando el nivel de salud de la nación y de los grupos en desventaja. A pocos años del vencimiento (año 2000) resulta que la cuota del 25% será probablemente alcanzada pero en sentido opuesto a lo previsto: en aumento de la diferencia. Aquella entre las naciones del Oeste y del Este había ya crecido desde los años 70 a los 80, como consecuencia de la crisis del modelo soviético, de la gestión de la economía, de relaciones humanas y sociales, y han continuado presentando casi una tendencia generalizada (y casi única en el mundo, en este siglo) al empeoramiento de los principales indicadores de salud. Las diferencias en lo interno de los países del Oeste, calculadas según

las clases sociales, el rédito y el nivel de instrucción, están por doquier en crecimiento a partir de la mitad de los años 80, y esta tendencia no tiende a modificarse.

3. La medicina occidental y el derecho a la Salud

La inequidad distributiva de la salud y de las enfermedades, que entre los individuos está basada también en su diversidad genética, psicológica y de comportamiento, y entre los grupos humanos principalmente sobre factores sociales y culturales como la instrucción, el trabajo, la vivienda y la nutrición, ha sido objeto de muchas y divergentes interpretaciones. La mayor tasa de mortalidad de los negros sobre los blancos en los Estados Unidos, por ejemplo, ha sido atribuida además a la menor fuerza biológica de su raza, estela de una escuela antropológica que hace un siglo (E. D. Cope, 1887) evidentemente en la era pre-olímpica, había afirmado que un signo evidente de su inferioridad física era la “musculatura deficiente de la pantorrilla”. Ha sido también adoptada la “deriva social”, esto es la existencia de sujetos que como consecuencia de enfermedades, son precipitados del bienestar a la pobreza, como demostración de una relación causal inversa entre pobreza y enfermedad, y como confirmación que cada uno tiene lo que se merece. Si esta fuese la regla, la ética tendría muy poco que decir. Es difícil en efecto transferirle a la naturaleza el concepto del bien y del mal, y demasiado fácil criticar quién es causa de la propia desgracia.

Sobre el origen de la enfermedad y también de su desigual distribución, existe además una explicación teológica, formulada en

... en la tierra de Mark Twain. Todo nace, escribió, de la profunda maldad del Dios creador: *“el ser humano, esta es la tesis, es una máquina, una máquina automática compuesta de una gran cantidad de mecanismos complejos y delicados, que cumplen su función armoniosa y perfectamente, obedeciendo a las leyes establecidas para su gobierno, y sobre las cuales el hombre no tiene autoridad, dominio ni control. Para cada una de esta gran cantidad de mecanismos, Dios ha estudiado un enemigo, cuyo deber es el de atormentarlo, afligirlo, perseguirlo, dañarlo y martirizarlo con dolores y sufrimientos para finalmente destruirlo. Ningún mecanismo ha sido descuidado. Desde la cuna hasta la tumba estos enemigos están siempre en acción, no conocen el reposo, ni el día ni la noche... Escribiré entre paréntesis que Dios tiene siempre una especial atención hacia los pobres. Nueve de cada diez enfermedades por él inventadas son destinadas a los pobres, y ellos efectivamente las reciben. A los ricos sólo los adelantos. No se piensen que yo hablo sin saber, porque no es así. La mayor parte de las enfermedades inventadas por el Creador son estudiadas particularmente para perseguir a los pobres”*.

Mark Twain agrega otros dos argumentos, como pruebas ulteriores a cargo de la maldad divina: la aseveración de que los microbios *“eran la parte más importante del cargamento del Arca, la parte de la cual el Creador estaba más ansioso y más enamorado”*; y la consideración de que *“todos los agentes de la muerte particularmente crueles, inventados por el Creador son invisibles. Es una idea ingeniosa, que por muchísimos años ha impedido al hombre descubrir el origen de las enfermedades, frustrando así su esfuerzo para dominarlas”*.

Es necesario agregar que algunos intérpretes de esa voluntad, han hecho lo posible para justificar esta hipótesis sobre el origen de las enfermedades. Éstas fueron una promesa hecha por Dios a Moisés, de que serían enviadas a los hombres como castigo por no haber respetado las leyes divinas; como lo dice Moisés: *“El Eterno te enviará extraordinarias plagas con las cuales te golpeará a ti y a tu descendencia; plagas grandes y persistentes y enfermedades graves y persistentes, y hará volver sobre ti todas las enfermedades de Egipto”* (Deuteronomio 59-60).

Se sostuvo también una interpretación opuesta, vale decir que las enfermedades podrían ser una señal de la gracia de Dios. Es entonces que en 1984, en la carta apostólica *Salvifici doloris* Juan Pablo II afirmó que: *“el hombre encuentra el sufrimiento, la paz interior e incluso la alegría espiritual; se reencuentra con su propia humanidad y su propia dignidad”*; pero justamente en un lugar de sufrimiento y de esperanza, como siempre ha sido Lourdes, la respuesta de una mujer encargada de hablar con su presencia en el nombre de algunos cristianos: *“nosotros, enfermos, más que ser ayudados con las palabras cristianas, encontramos a menudo razón para exacerbarnos, para rebelarnos. Cuando se dice que Dios prueba a aquellos que ama, nosotros sabemos que esto es falso y repetimos de acuerdo con Jobbe: cesa de atormentarme, de aplastarme con tus discursos”*.

No he hecho estas citas, que colocan uno al lado del otro, en forma azarosa, Mark Twain y Juan Pablo II, por espíritu blasfemo. Lo he hecho para subrayar algunos temas morales, como la relación entre la enfermedad y la culpa, entre equidad y salud, entre sufrimiento y dignidad; que tienen antiguas semejanzas y que tienden siempre a reaparecer. El contexto, sin embargo, ha cambiado en el tiempo. También porque los microbios generalmente se han hecho visibles, y se ha demostrado entre otras cosas, que Dios no era tan perverso, porque ha finalmente permitido a los hombres reconocerlos y en muchos casos, vencerlos.

En esto contribuyó también la medicina, a partir al menos del siglo XVIII, y especialmente la medicina occidental con sus descubrimientos, su visión del enfermo, sus técnicas para el diagnóstico y las terapéuticas. Surge en este punto una pregunta: *¿por qué la medicina occidental se ha afirmado por doquier en el mundo? A cualquiera, hoy, la pregunta podría parecerles impropia por lo menos por tres motivos: porque persisten y se difunden otras medicinas que tienen comúnmente un fundamento ético más holístico; porque se encuentran en dificultades todos los modelos asistenciales contemporáneos que han nacido y desarrollado con ella, aquellos basados en los seguros privados, o en la seguridad social, o en los servicios sanitarios nacionales; porque finalmente se ha-*

acentuado, en la relación médico-paciente, elementos de paternalismo y autoritarismo que niegan un principio moral, aquel de la autonomía del individuo, el cual no puede ser suspendido cuando el individuo está enfermo. Aunque si es útil detenerse en estas objeciones, que contienen un fondo de verdad, la pregunta no puede ser “sí”; debe quedar “porque” la medicina occidental ha vencido. Es un hecho que ella se ha convertido en un modelo casi universal, algo que nunca jamás había sucedido con ningún otro tipo de medicina; y no se puede decir que su difusión en todo el mundo haya acaecido sólo por la estela que dejaron las armas del poder, de la industria y de la información: a menudo, en efecto, la medicina ha precedido a todo esto y ha abierto así el camino a otras influencias occidentales.

La respuesta más simple es esta: ha vencido porque donde ha actuado ha sabido mejorar la salud individual y colectiva. La atribución exclusiva o prevalente de este mérito de la medicina, ha desarrollado sin embargo una controversia desde que Mc. Keown, *The role of medicine: dream, mirage, or nemesis* (1979,) demostró que la disminución de muchas enfermedades, como por ejemplo la tuberculosis en el siglo pasado, ha sido anterior y no consecuencia, de la adquisición de los conocimientos etiológicos y de los medios terapéuticos específicos. No hay duda de que en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas y carenciales, han intervenido decididamente otros factores: los progresos en la economía, la difusión de la educación, el mejoramiento en las condiciones de trabajo, de la nutrición y de la vivienda. La importancia de estos factores redimensiona el mito fascinante y péligroso de la omnipotencia, de la profilaxis y de la terapia, como instrumentos válidos para cada uno de los males existentes y posibles. El mito fue construido sabiamente, no sólo por los médicos y científicos, sino también por muchos historiadores, en base a los éxitos reales de las vacunaciones, de los fármacos y de la cirugía.

Pero la influencia cultural y práctica de la medicina occidental se proyecta bastante más allá de los conocimientos etiológicos y patógenos, de las técnicas terapéuticas y del diagnóstico, que per-

miten en algunos o en muchos casos, resolver problemas individuales o colectivos de salud. La medicina occidental ha contribuido, partiendo de las enfermedades, al conocimiento del cuerpo y de la mente, de la fisiología, de la psicología y de los comportamientos humanos; ha estimulado el descubrimiento del nuevo mundo de los microbios, de los parásitos y de sus ciclos vitales; ha incitado la investigación en la biología de base, en la química y en la física; en muchos campos ha sustituido la ignorancia y la superstición por el conocimiento científico. Pero más aún, ha demostrado que la buena o la mala salud no es un hecho inmutable sino una condición transformable; y ha sustituido a las ideas sacramentales de destino o de culpa, ambas asociadas desde siempre a las enfermedades, por una idea laica, fundada en la experiencia: la idea de que es posible contrarrestar y vencer a muchas enfermedades.

De todo esto han tomado consistencia: un principio moral, la consideración de que la salud es un valor en sí, perseguible y alcanzable en función de crecimiento humano, conectable pero no subordinable a intereses externos como el aprovechamiento, las utilidades materiales o la salvación espiritual; y ha tomado fuerza una esperanza, asociada a un objetivo jurídico-político: el derecho a la salud.

El fundamento histórico y práctico de este derecho es diferente al de los otros derechos humanos, como el de la libertad, los cuales se han afirmado en los últimos siglos, y es más reciente. Sería equívoco sostener que el derecho a la salud está implícitamente contenido en el derecho a la vida, el cual está en el proyecto original de la Declaración de la Independencia, escrito por Thomas Jefferson en 1776: “Nosotros juzgamos esta verdad sagrada e innegable: que todos los hombres son creados iguales e independientes, que de esa igualdad se derivan derechos inherentes e inalienables, entre los cuales se encuentran la preservación de la vida, de la libertad y el de buscar la felicidad”. Reivindicar el derecho a la vida en aquella época, aspiraba especialmente a protegerla del abuso personal y del arbitrio legal. Para señalar la diferencia Mervyn Susser, director del *American Journal of Public Health*, ha escrito: “Los fundamentos filosóficos de la moderna idea de los derechos

humanos universales, tienen raíces en el iluminismo del siglo XVIII; los fundamentos políticos en las revoluciones americana y francesa". Muchos de estos derechos son negativos; se le impone a la sociedad de no interferir, de modo tal que sea protegida por las leyes. La salud es un derecho diferente: es positivo en cuanto la sociedad tiene a conferirle un beneficio promoviéndola. Este derecho no puede fácilmente imponerse por ley; eso le crea a la sociedad obligaciones que nadie podía confiar en cumplir hasta los tiempos actuales. Seguramente la salud ha sido siempre una aspiración y una necesidad. Pero en los siglos pasados, aunque si podía ser una necesidad más urgente a causa de la mayor frecuencia de graves epidemias y de muertes prematuras, la salud podía ser invocada pero no alcanzada. Existe en efecto una diferencia sustancial entre necesidades y derechos: una necesidad puede transformarse en un derecho sólo cuando existen las condiciones históricas (comprendido incluso el conocimiento científico) para darle respuesta sobre una escala amplia o universal.

La afirmación de este derecho corresponde pues a los progresos no sólo de la conciencia pública, sino también de la capacidad productiva, de la ciencia, de la técnica y también de la medicina. Sus progresos, al final del siglo XVIII, no fueron sólo cognoscitivos y terapéuticos sino también preventivos y sociales. Primero en los municipios de Italia, los progresos de los conocimientos médicos fueron asociados a medidas de sanidad pública y de asistencia a los pobres. A fines del siglo XVIII, Johann Peter Frank, representante de Viena, fue el encargado de reorganizar la sanidad en las provincias lombardas del Imperio; generalizó el sistema de los dispensarios municipales, atribuyéndoles además de sus deberes higiénicos, los asistenciales, consiguió éxitos y encontró resistencias, las que lo llevaron finalmente a su "honorable reclamo" desde la capital. A él se habían opuesto principalmente los docentes universitarios, a los cuales les había doblado sus horas de clase, y el poderoso colegio farmacéutico al cual le había puesto bajo control el precio de los medicamentos.

En el siglo siguiente, el epicentro de las investigaciones y de la acción pública hacia la salud, se desplazó hacia Inglaterra don-

de aparecieron, casi contemporáneas, la investigación de Edwin Chadwick sobre *La condición sanitaria de la población trabajadora en Gran Bretaña* (1842) y la de Frederick Engels *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (1845). Esta coincidencia, fruto incluso de una común indignación por el inhumano abuso de los trabajadores en aquella época, muestra de un modo singular cómo personalidades e ideas divergentes, pueden encontrarse cuando maduran históricamente las posibilidades en torno al tema de la salud. El joven Edwin Chadwick había sido discípulo de Jeremy Bentham, el teórico del utilitarismo, teoría cuya fórmula "máxima felicidad para el mayor número de personas", es la que estimula a calcular no las consecuencias próximas e inmediatas de las acciones humanas, sino aquello que contribuya a un bienestar amplio y durable; es la que justifica el altruismo, partiendo de presunciones egoístas, y que está hoy en la base de una de las principales corrientes bioéticas. Después de haber compartido las críticas de Bentham a la *Poor Law* (ley sobre los pobres), él se convence de que las enfermedades generaban pobreza y la pobreza desórdenes sociales; y promueve sobre una vasta escala en Gran Bretaña, los servicios médicos públicos y la *sanitation* como medidas dirigidas a mejorar la salud y a atenuar la pobreza. El joven Engels, cuando publicó su investigación, había ya hecho contacto con Karl Marx, el cual en 1844, había puesto a punto en su *Manuscritos económicos-filosóficos* los fundamentos de un humanismo, que de acuerdo a algunos fue enriquecido y de acuerdo a otros traicionado, del economicismo de sus mayores obras. Engels consideraba de todos modos a la salud como un valor humano intrínseco, independientemente de los criterios de utilidad o de conveniencias sociales, y veía que muchas enfermedades eran causadas por la explotación en el trabajo, y de las pésimas condiciones de vivienda y de nutrición de los pobres.

En la segunda mitad del siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX, de estos encuentros heterogéneos, de la contribución de las corrientes religiosas y políticas, de los intereses de los gobiernos y de la trama de todo esto con los progresos de la medicina, nacieron dos importantes adelantos. Uno, fue la intervención creciente del Estado (como administración central y local) en la salud

individual y pública, por medio de leyes y de instituciones, pero también a través de un "encargo general" atribuido a la profesión médica. Ésta lo conquistó ya sea con la mayor eficacia de las curas y con una actitud más humana hacia los pacientes (que está reflejado en la literatura del siglo XIX: si se confronta la tipología de los médicos de Balzac respecto a la de Molière), ya sea con su participación intensa en los movimientos populares y en los programas de sanidad pública. Gradualmente el médico se convirtió así en un importante intermediario entre el gobierno de la nación, los individuos y la sociedad, con el fin de acrecentar el bienestar como el consenso de la población, de promover la estabilidad como el control social. Contemporáneamente hubo otro progreso: la aparición primero en forma voluntaria y luego obligatoria de los seguros contra las enfermedades, cuya intención fue la de garantizar de un modo justo el acceso a las curas estimulando la solidaridad entre los individuos y entre las categorías.

Todo esto contribuyó, en poco más de un siglo, a realizar un progreso sin precedentes en la salud, principalmente en los países desarrollados. Pero la salud misma ha quedado distribuida en forma desigual. Lo subrayó en 1943, delineando las causas, Henry Sigerist en *Civilization and Disease*: "*En un mundo que podría producir todos los alimentos que la gente pudiese eventualmente consumir; en una época en que la ciencia ha avanzado lo suficiente como para utilizar sistemáticamente todos los recursos de la naturaleza y de producir todos los bienes que pudiesen ser usados, la gran mayoría de los habitantes de la tierra están todavía en un nivel que no les permite vivir una vida sana. La pobreza es aún la causa principal de las enfermedades, y es un factor que está más allá de ser controlado de inmediato por parte de la medicina*". La pobreza material (tanto como la cultural) como también realizar una actividad laboral insalubre, poco calificada y satisfactoria, favorece la acción de todos los factores específicos de las enfermedades, obstaculiza la adopción de medidas preventivas, y hace más difícil el curarse.

En el último medio siglo, algunas naciones relativamente pobres como China y Cuba, aunque limitando libertades fundamentales,

han alcanzado niveles de salud similares e incluso superiores (como Cuba en el continente americano) a aquellos de países más ricos. Otros países de occidente, partiendo del crecimiento productivo y de las políticas sociales ya existentes en el siglo XIX, han introducido sistemas que han sido definidos como "Welfare State".

Me detendré en esta última experiencia, que es ahora objeto de los mayores cambios y de las más encendidas discusiones. En el plano de los hechos, es sin duda alguna que se ha alcanzado, donde han sido implantados sistemas de seguros sociales obligatorios como en Francia y Alemania, servicios sanitarios nacionales como saneamiento ambiental, más agua, cloacas e higiene colectiva, o en Gran Bretaña, España e Italia, destinando menos fondos (en valores absolutos y relativos) a los servicios sanitarios, un nivel de salud mejor respecto a los Estados Unidos, donde ha prevalecido el sistema, a veces más eficiente pero más costoso y menos eficaz en términos colectivos, de los seguros privados. Todos los principales indicadores de salud, de la mortalidad infantil hasta el promedio de vida desde el nacimiento, confirman esta diferencia debida más que a la acción específica de los servicios públicos, a la cultura del "Welfare State". Esto ha sido una fusión consolidada en Europa, de solidaridad y de lucha, de dirigismo y de participación, de medicina científica y de placebo, de derechos humanos y de normas contractuales, de libertad personal y de aspiraciones a una corporeidad sana, de la búsqueda del bienestar intenso en el propio sentido como el "estar bien" personal, y de compromiso por la salud colectiva.

Hasta algún tiempo atrás todo parecía simple. Al Estado le estaba atribuido el deber de abastecer las necesidades de los ciudadanos "de la cuna al ataúd", como se decía con una expresión probablemente de mal agüero y ciertamente paternalista. El sistema de "Welfare State" parecía destinado a perpetuarse y a expandirse indefinidamente. Pero en los años 70 empezó, y en los 80 se manifestó abiertamente su crisis. Ella apareció antes que nada (no podía ser de otro modo, en tiempos en que la moneda se convertía en la medida universal de la economía y hasta de la ética) como crisis fiscal, debida a la imposibilidad de controlar

el aumento de los gastos para la salud y la prevención por efecto de muchos factores; entre los cuales se incluyen los cambios positivos introducidos por el "Welfare State", como el aumento de la población anciana y el crecimiento de las exigencias de la atención a la salud.

Aparecieron menos evidentes, al principio, otros factores más importantes conectados con la crisis. Entre éstos, uno político y otro funcional. La crisis política fue definida por Hans Jonas (*Das Princip Verantwortung*, 1979, en italiano *Il Principio Responsabilità*, 1990) como "el difícil problema de una asistencia social que reduce al ciudadano a súbdito antes que a emanciparlo". Esto ha contribuido a distorsionar la realidad sanitaria porque los súbditos, se sabe desde que existe la monarquía, reclaman peticiones al soberano sin preocuparse porque éstas sean justas o injustas, compatibles o incompatibles con la administración del Estado; con frecuencia los súbditos fieles se transforman en postulantes astutos e irresponsables. Muchos ciudadanos han así perdido o delegado la propia autonomía moral y práctica.

La crisis funcional ha golpeado profundamente a los servicios y a las profesiones, que especialmente en el sector público (y en los sectores privados subvencionados por el Estado) han disminuido casi por doquier y en términos de calidad, humanidad, eficacia y honestidad. De todo esto existen amplios análisis y testimonios (incluido el mío *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani*; 1994). Pero más allá de las verdaderas y propias degeneraciones, que han sido más relevantes en Italia que en otros países, en el origen de la crisis funcional, han habido también distorsiones morales y prácticas en los fundamentos del "Welfare State". Del principio moral de la justicia, que debiera aconsejar y garantizar a todos las terapias válidas, sólo se esbozó la idea de racionar lo necesario y de proveer a algunos lo superfluo (por ejemplo el disfrazar a la cirugía estética de cirugía plástica, o bien el desborde de las curas termales a cargo del Estado). Se ha hecho coincidir el concepto de equidad con la solicitud generalizada de gratuidad, y comúnmente la eficiencia de los servicios ha sido despreciada como "eficientismo", considerándola sustan-

cialmente como un obstáculo antes que como una exigencia funcional. A la idea de los derechos, en muy raras ocasiones, se la asoció con la idea y la práctica de los deberes.

Estas tendencias regresivas se han manifestado en formas diversas y en casi todas las experiencias del "Welfare State". Muchos han atribuido su crisis a la ola neo-liberal que se ha impuesto casi por doquier, desde el comienzo de los años 80 y que ha hecho prevalecer otros modelos y otros valores, como la competencia entre los individuos más que su solidaridad. Pero a esta constatación es obligatorio agregarle una pregunta: ¿A cuáles defectos del "Welfare State" les es atribuido el rápido suceso de tal ola? En esta pregunta están implícitas otras dos: el acceso a la salud o al menos a los servicios sanitarios ¿Puede ser mejor garantizado a través del mercado, a través del derecho o a través de una integración (y en qué forma) de uno y del otro? El "Welfare State" ¿Puede o debe ser defendido? Sobre este último punto está afianzándose la opinión de replantearse cuán positivo ha sido este sistema para que no se desgaste irreversiblemente, si debe ser removido en el plano ético, transformado en el organizativo y actualizado en el práctico.

Finalmente se presenta la pregunta más importante. El "Welfare State", su cultura y sus instituciones, sus reglas y su ética, sus ventajas y sus defectos; ¿Representan un paréntesis histórico que se abre en el inicio del siglo XX y en él se cierra? ¿O bien es una experiencia destinada a renovarse y a señalar una meta aún para otros países, por haber sabido conjugar más que otros las exigencias de la salud, la aspiración a la justicia y a la estabilidad de la democracia?. Las extravagancias de la historia señalan, por ahora, que mientras el "Welfare State" tiene dificultades en los lugares en donde se ha adoptado y en cualquier medida realizado (a nuestra experiencia se ha asociado en una forma propia y original el Japón), comienza a sugerirse en el mayor país desarrollado, los Estados Unidos, que hasta ahora lo había rechazado.