

SALUD Y CONSTITUCION NACIONAL

PALABRAS DE GIOVANNI BERLINGUER EN LA APERTURA DE LAS JORNADAS (*)

Es bueno estar aquí, en Argentina, en estos días. Tenía un compromiso con los amigos uruguayos que se terminó ayer y estaba previsto regresar a Italia, pero Sylvia (Bermann) y otros viejos y nuevos amigos y compañeros han hecho un secuestro consensuado. Fue un enorme placer para mí, naturalmente, encontrar a los amigos, conversar, intercambiar opiniones y me parece particularmente importante que cuando se habla de reformar la constitución de cualquier país, en este caso la Argentina, se introduzcan no solamente reglas nuevas, que son importantes, no son problemas formales; las reglas son una de las esencias de la democracia. Pero es importante que se introduzcan también finalidades, instrumentos nuevos, porque la política sirve a los intereses de los ciudadanos, o debería servir a los intereses de los ciudadanos. Seguramente una de estas finalidades es la Salud, que es un derecho humano y al mismo tiempo un derecho social y pertenece, como dicen los constitucionalistas, a una categoría del derecho diferente de los derechos que se afirmaron bajo el impulso del iluminismo y de las revoluciones Francesa y Norteamericana en los siglos pasados, como fueron el derecho a la libertad de prensa, de opinión, de religión. Porque estos derechos se afirmaron para ser protegidos contra interferencias, contra su negación por parte del poder.

Por el contrario, el derecho a la Salud, es un derecho que debe ser promovido con una iniciativa, con una actividad, con instrumentos.

Y hay otra consideración relativa a esta diferencia entre derecho y caracterización de derechos: que la Salud se afirma como derecho solamente en este siglo.

En los siglos pasados no existía esta concepción, esta idea y hay una explicación en un filósofo de la política italiana, Norberto Bobbio que dice que hay una diferencia entre las personas y las aspiraciones humanas o necesidades humanas y los derechos. Las aspiraciones se transforman en derecho, solamente cuando históricamente se crean las condiciones para hacerlo concreto y seguramente el derecho a la salud no podría existir cuando no había conocimiento de los orígenes de las enfermedades, no había posibilidad técnico-científica de enfrentarlas, no había los recursos, no había profesionales, las posibilidades concretas individual y colectiva y creo que ahora esto es posible. Me parece que el fundamental problema ético de la medicina, de la bioética, de las relaciones entre ciencia y moral, es que nosotros, nuestras generaciones, diferentes unas a otras pero pertenecemos a las generaciones nacidas en este siglo, tenemos por primera vez en la historia humana la posibilidad de luchar contra los flagelos multicelulares de la humanidad y de luchar contra la gran mayoría de las enfermedades, por lo menos contra la gran mayoría de las enfermedades infecciosas y «carenciales», las que tienen una conexión con las carencias educativas, nutricionales; y tenemos esta posibilidad que no se aplica, y no aplica por muchas razones de carácter social, político. No se aplican también porque la Salud no es una de las prioridades de los gobiernos.

Ahora se discute mucho sobre las relaciones entre economía, ética y salud y parece que uno de los problemas principales que existen es cómo distribuir los recursos que los gobiernos dedican a los servicios de Salud. Se discuten las prioridades en

la Salud, pero casi nunca se discute la prioridad de la Salud, y si debemos referirnos simplemente a los gastos, debemos saber que el presupuesto anual de la OMS corresponde a dos horas y media del presupuesto anual de los gastos militares. No digo que sea suficiente hacerlo corresponder a cinco horas, o un día -sería bueno- se ve si cual es el desequilibrio increíble que hay en estas condiciones.

¿Cómo se puede articular el derecho a la Salud y cuáles son los obstáculos? Verdaderamente yo creo que el derecho a la Salud es un fenómeno complejo que consiste en tres elementos: uno es el derecho a ser sanos, a la defensa y la promoción de la salud y los obstáculos principales son las condiciones sociales, el hambre, el desempleo, la pobreza. El segundo elemento es el derecho a la atención médica universal y calificada y el obstáculo principal son las discriminaciones que hacen los sistemas del seguro privado, del seguro social y otros sistema de atención médica. Y finalmente el derecho a una participación colectiva e individual para la defensa y la promoción de la Salud y al proceso de obtención de una información regular y con una relación humana y no solamente con relaciones de poder, de autoridad de los que trabajan en el campo de la Salud. El obstáculo en este campo es la medicalización y la mercantilización de la vida y de la medicina.

Se sabe que este derecho se afirmó en las constituciones, yo tengo solamente dos ejemplos aquí, uno que conozco más, el ejemplo italiano y el ejemplo brasileño. En Italia la constitución de 1948 dice que el estado tutela la Salud como derecho

(*) Jornada Salud y Constitución que se realizó para debatir la reforma constitucional Argentina y se publicó en la Revista Salud Problema y Debate, Año VI-Número 10, Otoño 94. Buenos Aires Argentina

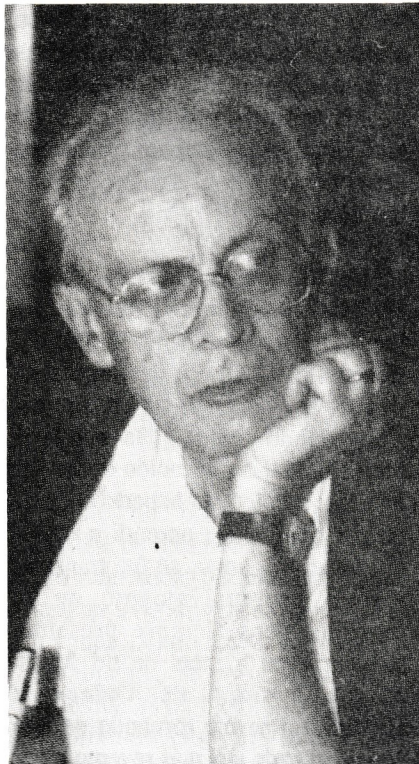
del individuo e interés de la colectividad que me parece una formulación moderna. La constitución brasileña dice que la Salud es un derecho de la persona y un deber del estado, que me parece también una formulación coherente. Entre paréntesis, creo que sería útil integrar derechos con deberes. Se hicieron también leyes, en Italia, en el Servicio Nacional de Salud y en Brasil en el S.U.S. (Servicio Unico de Salud), pero al mismo tiempo que se hicieron estas leyes, se expandió en el mundo, no solamente en los países del Norte, sino también en los países del Sur, una ofensiva contra la concepción misma del derecho a la Salud y del derecho a la atención médica.

Al mismo tiempo que se ha hecho la reforma sanitaria en Italia en 1978, la señora Thatcher va a responder y dos años después Reagan. ¿Cuáles fueron los resultados de esta ofensiva? Yo hablo de los resultados, consecuencias negativas, pero estoy convencido de que esta ofensiva ha tenido también un efecto de estímulo y desafío que no se puede negar y que tenemos que recoger en razón de la nueva situación, transformando nuestras ideas.

El resultado general yo creo que fue el siguiente: que este siglo, que fue el siglo del máximo progreso de la Salud humana en muchos campos, empezó con éxitos extraordinarios en la lucha contra las enfermedades de su tiempo y el riesgo es que se termine con viejas y nuevas epidemias y con el cargo de enfermedades prevenibles y previsibles mayores que en las décadas precedentes. Yo creo que es necesario cambiar, por tanto, las condiciones de vida promedio, privilegiar la atención médica, privilegiar en la distribución de los recursos las actividades que tienen una relación costo-beneficio mayor. Esto no es deseo solamente, estoy lejos de la onda de la historia que va en otra dirección. Pero yo soy esencialmente optimista porque un viejo científico me enseñó que para vivir bien muchos años es necesario ser optimista y trabajar mucho. Por mi parte trato de ser optimista y por parte de mis amigos, por ejemplo

uruguayos y argentinos me ayudan a trabajar mucho. Es una contribución con mi ilusión pero creo que hay por allí algunas razones para pensar que el viento está cambiando.

Quiero citar cuatro fuentes que me parecen interesantes; una es un documento internacional que dice que los elementos críticos son los siguientes: **1) Distorsión en la distribución de los recursos;** el gasto público en el campo de la Salud se destina muchas veces a actividades que tienen una relación baja entre



costos y beneficios, como la cirugía en muchos cánceres, mientras que para acciones esenciales como la lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades epidémicas no hay dinero; **2) Inequidad;** los pobres tienen menor acceso a los servicios de Salud y reciben una atención médica de calidad inferior. Los gastos de los estados por la salud van de una manera desproporcionada a los ricos con atención médica gratuita o semigratuita en hospitales sofisticados de alto nivel y por subvenciones al seguro público y privado; **3) Ineficiencia;** gran parte del dinero que se destina a la Salud está malgastado. Se compran fármacos por presión de las empresas sin evaluar su eficacia. Esto no es un documento de la Internacional socialista

o de grupos izquierdistas de médicos o de la Organización Internacional de Medicina Social. Esto es un resumen del informe publicado este año por el Banco Mundial.

El segundo documento, es un artículo del presidente de la Sociedad de los economistas norteamericanos, que publicó Scientific American en el mes de mayo (1993), Amartya Senn es el autor de «La economía» de la vida y de la muerte» donde dice que la economía no se ocupa solamente del Producto Bruto Nacional sino de conseguir objetivos significativos incluyendo la posibilidad de tener una vida amplia y digna de existir y que es necesario considerar no solamente indicadores de producto sino también indicadores de bienestar y este artículo nombra con mucha claridad que hay países como Sri Lanka o China o como el estado indio de Kerala, muy pobres, que tienen un producto per cápita diez veces inferior al producto de EEUU, al de los países árabes del petróleo y que tienen una condición de salud mejor porque han hecho inversiones, no solamente en los servicios de Salud y en la atención de la maternidad, sino en la educación. Este artículo dice que el factor más importante de Salud es el nivel de educación general de las mujeres, no solamente de educación sanitaria, sino de educación general. Y dice que es necesario cambiar las políticas económicas en función de esto.

El tercer documento que conocen todos es la reforma de los Clinton de los EEUU, que no es una reforma revolucionaria, que tiene el principio fundamental del seguro, pero hay una tendencia a universalizar la atención médica cuando otros países tienen la tendencia opuesta, a reducir la cobertura de la atención médica a la población.

El último documento son algunos números de la más importante revista de clínica médica de los EEUU, The New England Journal of Medicine, que es un poco la biblia para los médicos norteamericanos. En algunos de estos números, particularmente en uno del 8 de julio de este año (1993) hay cinco artículos

sobre el tema de la equidad en Salud, no de la equidad en la atención médica que es una parte solamente y se han hecho investigaciones comparadas entre los desniveles de la Salud en los EEUU en el año 1960 y los mismos datos de los '80. La confrontación que hacen es que el nivel general de salud mejora y que las diferencias son mayores.

Quiero terminar con una aco-tación sobre la afirmación de José Carlos (Escudero) sobre al análisis genético. Yo no estoy cansado de hacer oposición, lo he hecho durante un poco más de cincuenta años y puedo continuar, estoy acostumbrado. Pienso también que la genética puede cambiar.

No tiendo a lograr una terapia genética, de los genes y su reproducción, pero yo sé que nosotros todos somos el resultado del problema de la interacción entre genética y cultura, voluntad, ideas y pienso que estas fuentes, que nunca podría haber pensado en el mismo período y con una sincronía y sintonía extraordinarias, confirman algunas ideas fundamentales que nosotros tenemos desde mucho o poco tiempo. Nos deben estimular a tomar una actitud que no sea, y disculpen la palabra, una actitud de conservadurismo de izquierda, que es un peligro, que consiste, en sustancia, en la confusión entre los valores fundamentales de todas las fuerzas intelectuales, profesionales que tienen ideas de progreso, de cuidar confundir esos valores con los métodos que se han utilizado y que nosotros mismos hemos propuesto para obtener la realización rápida de estos valores.

Pienso que deberíamos mantener estos valores fundamentales y al mismo tiempo renovar nuestras propuestas políticas.

UN BREVE PERFIL DE LA VIDA DEL DR. ANTONIO LORENA

Dr. Fausto Garmendia Lorena (1)

Desde las primeras luces de mi entendimiento y las primeras adquisiciones de mi memoria, he escuchado con entrañable fruición innumerables relatos de quienes tuvieron la oportunidad y privilegio de conocer personalmente al Dr. Lorena. Las dulces y tiernas vivencias de su hija Martha Adelina, mi madre, las respetuosas y agradecidas referencias de sus alumnos y discípulos, y no han faltado, ciertamente, recuerdos de modestos y nobles hijos del pueblo cusqueño.

Como toda experiencia y conocimiento importante de la vida, no logré valorar cabalmente la dimensión y significado de la trayectoria científica y docente del Dr. Lorena sino cuando llegué a la madurez profesional. La evocación de un ser querido, a quien sin haberlo conocido personalmente, aprendí a respetar, venerar y amar, se fue transformando progresivamente en la inasible, pero siempre presente, sombra ideal y meta de mi futuro como seguidor de Galeno e Hipócrates; se fue tornando en una actividad cada vez más reverente por el colega maestro, por el científico de una extraordinaria capacidad de observación y de una profunda perspectiva de análisis, de una severa e imparcial crítica científica, de un envidiable cúmulo de conocimientos de las diversas disciplinas del saber, que le permitió alcanzar su permanente inquietud humanística, de una natural vocación de enseñar dentro y fuera del aula, de un desprendido amor por sus semejantes, muy especialmente por sus dolidos pacientes, por sus jóvenes alumnos y, lo que es más significativo y característico de

su personalidad, ese don poco común de poder escuchar y comprender, esa enorme capacidad de entender a la gente de todo nivel, que le confirió el merecido título, sin diploma, otorgado por el reconocimiento general de la comunidad, de sabio y maestro de la juventud.

Su contribución al conocimiento del bocio endémico

Dejando de lado por un momento estas apreciaciones, que muy bien pueden ser consideradas afectivas y, no sin cierto sinsabor, me dedicaré en lo siguiente a analizar un sólo aspecto de la producción científica del Dr. Antonio Lorena, reservando para otra oportunidad una descripción completa de su biografía, cuya investigación he iniciado hace varios lustros y se remonta a un hecho anecdótico, que se produjo en la ciudad de México, en los tibios días de la primavera de 1965, cuando en el marco del VI Congreso Panamericano de Endocrinología un científico ecuatoriano, autoridad internacional en el campo del bocio endémico, el Dr. Rodrigo Fierro Benites inició su intervención más menos con estas palabras «en 1886 el sabio peruano Antonio Lorena señaló que en las zonas endémicas de bocio, se reconoce una mayor incidencia de esta enfermedad en las partes bajas de los valles andino, en cambio en las partes altas de los mismos la frecuencia del mal es mucho menor.

Estas observaciones las hemos podido comprobar, esta vez, utilizando equipo y tecnología avanzada...»el impacto de estas

(1) Profesor principal de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú UNMSM; Profesor extraordinario visitante de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; Jefe del Departamento de Medicina del Hospital Dos de Mayo. Profesional cusqueño, nieto del Dr. Antonio Lorena.