

LA SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA: EL PAPEL DEL MÉDICO (Lima, Perú)**

Quiero empezar por felicitar a los organizadores por haber escogido este tema de discusión para el Día de la Medicina Peruana, cosa que va de acuerdo con la tradición de los médicos de preocuparse por la persona en su totalidad y de todo lo que pueda afectar a su bienestar. Se trata, ni más ni menos, que de la tradición del gran Hipócrates, en cuyo nombre juran todos los médicos. En uno de sus tratados más famosos, *Sobre los aires, aguas y lugares*, Hipócrates encarece a los médicos "... enterarse de qué tipo de vida gozan los habitantes: si son bebedores, toman dos comidas al día y no soportan la fatiga, o si aman el ejercicio físico y el trabajo, comen bien y beben poco".¹ Aunque el tipo de alimentación y la falta de actividad de su época quizá hayan sido voluntarios, no hay ninguna duda de que la forzada inactividad y la mala alimentación de los pobres tienen gran importancia para los seguidores de Hipócrates hoy en día.

La pobreza es un asunto que compete a los médicos. Esta plaga azota a la humanidad a tal grado que es casi una enfermedad. A menudo cito el párrafo inicial del Informe sobre la Salud en el Mundo de 1995, que en un estilo elegante reza: "El más cruel factor de mortalidad y causa primera de sufrimiento en la Tierra figura en la edición más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, una recopilación completa de todas las dolencias que conoce la medicina, con el código Z59.5. Se trata de la extrema pobreza."²

Para examinar el vínculo que existe entre la salud y la pobreza, abordaré primero nuestras ideas en proceso de cambio acerca de la pobreza, a continuación me ocuparé de la relación de la pobreza con la salud y, finalmente, abordaré el papel del médico en la reducción de la pobreza, que viene a sumarse a su papel original de tratar las consecuencias sanitarias de la pobreza.

* Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

** Presentado en el Día de la Medicina Peruana. 5 de octubre de 2001, Lima, Perú.

¹ Hipócrates. *Sobre los aires, aguas y lugares*. En: *Tratados hipocráticos*. Madrid, Gredos, 1986, vol. 2, pp. 39-88. (Traducción de J. A. López Férez.)

² *Informe sobre la salud en el mundo 1995: reducir las desigualdades*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Se puede ser cínico y declarar que siempre habrá pobres y, por lo tanto, estos no deben ser un elemento fundamental en los debates teóricos acerca del desarrollo. Nunca podremos erradicar la pobreza. Muchas religiones consideran importante tratar a los pobres como un acto de caridad, el cual se incluye en la categoría general de buenas obras que acarrearán una recompensa. Muchos santos, tanto antiguos como contemporáneos, a menudo se representan rodeados de pobres a los que están socorriendo. Pero aun aceptando que siempre habrá pobres, los conceptos acerca de la pobreza y el reconocimiento de su importancia han variado a lo largo de los años. No ha habido duda alguna, sin embargo, de que la pobreza se produce en un contexto social y tiene pertinencia en este ámbito. Hace más de doscientos años, Adam Smith escribió en su obra *La prosperidad de las naciones*: "Es evidente que ninguna sociedad puede ser próspera y feliz, si la mayoría de sus miembros son pobres y miserables".³

En ocasiones, la pobreza se ha concebido como una responsabilidad netamente personal; incluso, hemos visto sociedades —como los Estados Unidos en los primeros años de su historia— en las que ha predominado el criterio individualista, según el cual el ser pobre se consideraba como un rasgo de debilidad del individuo, pues cualquier persona que puede valerse por sí misma debe ser capaz de ganarse la vida sin representar una carga para la sociedad. Aunque este concepto desapareció hace mucho tiempo, el modo de concebir la pobreza no ha sido uniforme.

John Lewis, quien fuera presidente del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), describe exacta y sucintamente la trayectoria que han seguido los conceptos acerca de la pobreza durante el último medio siglo.⁴ En los años cincuenta y sesenta, lo que había era un entusiasmo por la reducción de la pobreza mediante el crecimiento económico. Según este criterio, si la marea subía, todos los botes ascenderían con ella. Pero a principios de los setenta se comprobó que, si bien muchos países en desarrollo habían logrado sus metas de crecimiento, el número de pobres no había disminuido y la brecha entre los ricos y los pobres se había ensanchado en muchos países. La premisa de que la riqueza se derramaría desde arriba no funcionó. Luego vino lo que Lewis llama la "doctrina reformista de los años setenta", cuando se insistió en el crecimiento con distribución como modelo del desarrollo, para corregir los retrasos en los sectores sociales y satisfacer las necesidades humanas básicas. Se pretendía alcanzar el desarrollo rural, y atacar directamente la pobreza sobre todo en el medio rural.

Uno de los partidarios más elocuentes de este punto de vista fue quizás Robert McNamara, quien en su último discurso como Presidente del Banco Mundial, en 1980, dijo:

³ Smith A. *An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*. Cannan E (ed). University of Chicago Press. Book I, Chapter VIII, p. 88.

⁴ Lewis JP. Strengthening the Poor: Some Lessons for the International Community in Strengthening the Poor: What have we learned? Lewis JP, et al. *U.S. Third World Policy Perspectives*, No. 10. Overseas Development Council.

A lo largo del último decenio, en reiteradas ocasiones —a veces a riesgo de parecer tedioso— he señalado a la atención de este foro las principales metas del desarrollo, a saber: acelerar el crecimiento económico y erradicar lo que he denominado la pobreza absoluta.

El crecimiento económico, desde luego, es algo muy obvio. Y para quienes han estado en contacto con las sociedades en desarrollo, también lo es la pobreza absoluta: se trata de una situación vital tan limitada por la malnutrición, el analfabetismo, las enfermedades, la mortalidad infantil elevada y la esperanza de vida reducida, que rebasa cualquier definición racional de dignidad humana.

Pero las crisis petroleras de finales de los setenta hicieron que los países en desarrollo dejaran de prestarle atención a la pobreza y la inquietud del mundo pasó a ser la estabilización del sistema financiero. En los ochenta, los procesos de ajuste causaron estragos entre los pobres. Al recuperarse los sistemas financieros en los noventa, y reconocerse claramente las consecuencias sociales de la crisis económica de los ochenta, se produjo una renovación de la inquietud por la pobreza, de suerte que los principales organismos financieros y de asistencia actualmente tienen puesta la mira en la reducción de la pobreza. Las Naciones Unidas, la OCDE, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, en una publicación sin precedentes titulada *2000, Un mundo mejor para todos*, ha establecido objetivos de desarrollo internacional “que se refieren al más apremiante de los anhelos humanos: un mundo sin pobreza y libre de la aflicción que esta genera”.⁵ Dichas instituciones declaran: “El principal desafío a que se enfrenta hoy la comunidad internacional es el de la pobreza en todas sus formas. Motivo de preocupación especial son los 1.200 millones de personas que viven con menos de 1 dólar diario y los otros 1.600 millones que viven con menos de 2 dólares diarios. Fijar objetivos para la reducción de la pobreza es esencial para poder avanzar”.

Se han fijado siete objetivos, a saber:

- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que viven en la pobreza extrema.
- Matricular a todos los niños en la escuela primaria para 2015.
- Avanzar hacia la igualdad entre los géneros y dar poder a la mujer, eliminando las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria para 2005.
- Reducir la tasa de mortalidad infantil en dos terceras partes entre 1990 y 2015.
- Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.
- Dar acceso a servicios de salud reproductiva para 2015 a quienes los necesiten.
- Poner en práctica para 2005 estrategias nacionales de desarrollo sostenible a fin de revertir para 2015 la pérdida de recursos ecológicos.

Es sumamente significativa la inclusión de tres asuntos de salud pública entre los objetivos de desarrollo que tienen como finalidad última la reducción de la pobreza; se trata de un reconocimiento claro de que la salud es fundamental para lograr esa finalidad.

⁵ *2000, Un mundo mejor para todos. Consecución de los objetivos de desarrollo internacional*. 'Fondo Monetario Internacional', la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, Naciones Unidas, Grupo del Banco Mundial. <http://www.paris21.org/betterworld/>.

Pero a pesar de mi inclinación profesional por la salud, debo procurar que los objetivos se consideren en conjunto y se refuercen mutuamente. Una mejor educación mejora los resultados de salud y, de manera recíproca, una mejor salud acrecienta los rendimientos de la educación. Una de las características sorprendentes del análisis que acompaña a la propuesta mencionada es que, con respecto a los asuntos sanitarios, hay una gran brecha entre la situación de partida y la línea de proyección para alcanzar el objetivo en el tiempo propuesto.

La gravedad de la situación se pone de relieve en el reciente Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001 titulado *Lucha contra la pobreza*.⁶ Este informe tiene como telón de fondo un estudio notable conocido como “La voz de los pobres”, que se llevó a cabo mediante entrevistas con más de 40.000 personas pobres en 50 países para evaluar qué significaba la pobreza.⁷ Sus respuestas manifestaron claramente que, para ellos, la pobreza significaba algo más que la carencia de cosas materiales. El bienestar se consideró holísticamente y se destacaron las dimensiones psicológicas y sociales. El dolor de las carencias múltiples se trasluce vívidamente. El informe del Banco Mundial intenta codificar las diversas dimensiones de la pobreza y propone las cuatro áreas siguientes, que parecen ser las más críticas:

Por una parte está la llamada pobreza de ingreso; los cálculos cuantitativos más comunes de la pobreza se basan en los ingresos o el consumo, de tal manera que la mayoría de las cifras mundiales se basan en el establecimiento de algún límite por debajo del cual se considera que un individuo es pobre. La pobreza también denota carencias en materia de salud y educación, y esto se refleja en los objetivos de desarrollo mencionados anteriormente. Más adelante abordaré esta relación crucial. Los pobres son también vulnerables en el sentido de que están excesivamente expuestos a riesgos múltiples. Tenemos por ejemplo el riesgo de la mala salud, el de un ambiente deficiente y el de la violencia que a menudo surge en situaciones de desesperanza y temor. En los desastres naturales la mayoría de los que mueren son pobres. Esto es muy evidente en América, donde los terremotos, las inundaciones y los huracanes afectan desproporcionadamente a los pobres. Pero quizás la dimensión más flagrante de la pobreza sea la de la impotencia. Los pobres no suelen tener voz, y raras veces están representados en los círculos del poder.

Debemos reconocer que, aunque hablamos de la pobreza en un sentido mundial, muchos aspectos son relativos. Me refiero a que se observan variaciones entre los países y en el interior de estos, como también las hay entre los sexos, y la existencia de pobreza aguda en un mundo rico es especialmente difícil de soportar. Este aspecto de la relatividad fue bien expresado por Adam Smith, quien al describir los bienes de consumo que podrían gravarse, separó los artículos de lujo de los de primera necesidad. Como dijo: “Por artículos de primera necesidad entiendo no solo los productos básicos de los que no se puede prescindir para sostener la vida, sino cualquier otro que, según la costumbre del país, no pueda faltar a las personas honorables, aun de la clase más baja”. Los artículos

⁶ Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. *Lucha contra la pobreza*. Banco Mundial, 2001.

⁷ La voz de los pobres. Banco Mundial, Poverty Net.

<http://www.worldbank.org/poverty/spanish/voices/index.htm>.

de primera necesidad eran las cosas “cuya carencia denotaría ese grado vergonzoso de pobreza en el que, es de suponer, nadie puede caer sin incurrir en una conducta sumamente mala”.⁸ Por lo tanto, la pobreza se percibiría de distintas maneras en diferentes sociedades.

Los niveles de pobreza en América Latina y el Caribe son menores que en el Sur de Asia o en África al sur del Sahara, es verdad, pero alcanzan una magnitud considerable. Se calcula que, en 1998, había en esta región unos 78,2 millones de personas (es decir, 15,6 por ciento de la población) que vivían con menos de un dólar por día. Pero lo que nos preocupa no es solo la pobreza, sino la desigualdad. Un análisis reciente de las tendencias en 17 países latinoamericanos durante los años noventa demostró que la pobreza descendió en diez u once, pero la desigualdad no disminuyó en ninguno de ellos. Precisamente, la gran desigualdad persistente impidió reducir la pobreza.⁹

Actualmente, se proponen tres estrategias principales para reducir la pobreza.⁶ La primera consiste en promover las oportunidades; es decir, los pobres deben tener oportunidades de acceso a los medios para adquirir bienes materiales. Además, debe haber oportunidades para la educación y la preservación de la salud. Las oportunidades también implican una mayor equidad en la distribución de los recursos. En efecto, la desigualdad en el acceso a la tierra y a los medios para formar el capital humano es un importante factor contribuyente de la pobreza. Facilitar el empoderamiento viene a continuación e implica la posibilidad de participar en las decisiones cruciales y tener voz en el manejo de sus asuntos. Carecer de voz es uno de los rasgos distintivos de la pobreza. Finalmente, tenemos el mejoramiento de la seguridad o, lo que es lo mismo, la reducción de la vulnerabilidad a una variedad de situaciones naturales y producidas por el hombre.

Las preocupaciones en materia de salud sobresalen por igual entre los pobres y quienes no lo son; de hecho, se ha comprobado que la salud figura destacadamente entre las cosas que los seres humanos más valoran. El concepto de las libertades básicas o esenciales formulado por Amartya Sen se cita a menudo con relación a la pobreza.¹⁰ La salud, la educación, los derechos humanos y las oportunidades económicas son todas libertades fundamentales, y la privación de cualquiera o de todas representa la pobreza. Por lo tanto, existe la pobreza de ingreso, es verdad, pero la persona que es privada de sus derechos humanos básicos también es pobre. Estas libertades están inextricablemente unidas y es difícil concebir la reducción de una sin afectar a las otras. La privación de cualquiera de estas libertades inhibe las elecciones del individuo para gozar de las otras.

Sen describe la pobreza como una pérdida de capacidades. Este autor nos dice: “... la pobreza debe verse como una privación de las capacidades básicas, y no meramente como la percepción de unos ingresos bajos, que es el criterio

⁸ Smith A. *op. cit.* Book V, Chapter 2, Part 2, Art. IV, p. 402.

⁹ Székely M. *The 1990's in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty.* Inter American Development Bank. Research Department. Working Paper Series; 454.

¹⁰ Sen A. *Development as Freedom.* Alfred A. Knopf. Nueva York, 1999.

corriente para definir la pobreza. La perspectiva de las capacidades no supone en absoluto la negación del criterio sensato de que los ingresos bajos son claramente una de las causas principales de la pobreza, ya que la falta de ingresos puede ser la razón principal de la privación de capacidades de una persona. A decir verdad, los ingresos insuficientes son una condición que predispone en gran medida a llevar una vida empobrecida”.

Pero dado el carácter central de la salud y la atención imprescindible y razonable que se presta a los ingresos, me centraré aquí en la relación entre los dos.

No es ninguna novedad decir que los pobres son poco sanos. La pobreza se destaca entre los factores determinantes de la mala salud. Siempre que se hace una estratificación por clase social, la clase más baja, que incluye a los pobres, tiene los peores indicadores de salud. Todos los análisis comparativos entre países que se han hecho demuestran que a medida que aumentan los ingresos mejora el estado de salud. Al aumentar los ingresos crece la esperanza de vida y, de manera análoga, disminuye la mortalidad en la niñez. Esta relación entre la esperanza de vida y los ingresos es constante en los análisis efectuados durante diversos períodos a lo largo de los últimos cien años, y probablemente siempre haya sido así.

Son muchas las razones de la mala salud de los pobres, pero pueden resumirse diciendo que los factores determinantes de la salud son más pobres para los pobres, si se me permite el juego de palabras. El ambiente físico es más pobre, pues se tiene acceso limitado al agua y el saneamiento básico. Los servicios son más pobres en calidad y cantidad, y se ha comprobado que, en muchas ocasiones, los servicios deficientes son más costosos. La educación es pobre y, dados los vínculos entre la educación de las niñas y la mortalidad en la niñez, no es de sorprender que haya más defunciones de niños entre los pobres. Son más las madres pobres que mueren de parto porque es limitado su acceso a los servicios obstétricos adecuados. Y así continúa la letanía. Estos datos corroboran la afirmación de que los más acomodados son más sanos y, a la inversa, los pobres son menos sanos.

Pero no es solo que gocen de menor salud, sino que los pobres son más vulnerables en cuanto a la seguridad sanitaria. La pobreza que produce mala salud puede desencadenar un círculo vicioso por el cual el pobre se va hundiendo cada vez más en la pobreza.¹¹ Está bien demostrado que, cuando se enferma, el pobre que carece de seguro médico puede consumir sus exiguos recursos hasta tal punto que cae en una trampa de pobreza de la que ya no puede escapar. La carga de la enfermedad no solo recae en el individuo. Una enfermedad importante de la persona que gana el sustento del hogar puede ser catastrófica para toda la familia y tener repercusiones que afectan al desarrollo de los niños y los despojan de sus oportunidades en la vida.

Pero la faceta de la relación que está suscitando más debate es la repercusión de la salud en la riqueza, así como la posibilidad de que la inversión en la salud sea por sí

¹¹ Gertler P, Gruber J. Ensuring consumption against illness. Mimeo. University of California, Berkeley, MIT and NBER.

misma una estrategia antipobreza. Como ha dicho *The Economist*: “La idea de que la mala salud refuerza la pobreza resulta menos conocida que la noción de que la pobreza causa mala salud, pero es igualmente cierta”.¹²

Tengo la fortuna de copresidir el grupo de trabajo de la Comisión Mundial sobre Macroeconomía y Salud que se ocupa de la salud, el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Muchas de las ideas que expondré a continuación han surgido de los trabajos de este grupo y de la discusión con sus miembros acerca de los mecanismos por los cuales la inversión en salud podría conducir al crecimiento económico y, por lo tanto, constituir una medida antipobreza.¹³ Desde luego, reconozco de entrada que el crecimiento económico, por sí solo, no necesariamente conduce a una reducción de la pobreza de ingreso. Es causa necesaria, pero no suficiente, como nos han enseñado las lecciones de los años cincuenta y sesenta.

El mecanismo más evidente por el cual la salud conduce a la riqueza es el de una mayor productividad. Las personas más sanas pueden producir más, si están dadas las otras condiciones que son conducentes a la producción o la facilitan. Esto se ha demostrado con suma elegancia por las investigaciones de Robert Fogel, quien ha comprobado que de 30 a 50% del crecimiento económico de Gran Bretaña y Francia a lo largo de los últimos doscientos años se ha debido a la inversión en salud y nutrición.¹⁴ El hecho de tener una nutrición adecuada condujo a un crecimiento de la fuerza laboral y a una mayor productividad de los que ya formaban parte de esta. El gran número de mendigos que pululaban en Gran Bretaña en el siglo XIX se explica porque había tantas personas que sencillamente no comían lo suficiente para mantener siquiera su metabolismo basal, ya no digamos para tener energías sobrantes para el trabajo productivo.

También es sorprendente la relación de los salarios con el estado de salud y de nutrición. La estatura alcanzada por el adulto, utilizada como un indicador sustituto de los efectos acumulados de la salud y la nutrición, se correlaciona positivamente con los ingresos tanto en medios de personas acomodadas como en medios pobres. El efecto de la salud es quizás más marcado en los primeros años de la vida. La malnutrición infantil conduce al deterioro del desarrollo cognoscitivo y a un rendimiento escolar pobre, que a su vez se traducirán en una capacidad reducida para ganarse la vida. Pruebas recientes demuestran que el efecto de la malnutrición puede empezar incluso más temprano, pues cuando esta se produce in útero puede predisponer al individuo a la aparición de algunas enfermedades crónicas en etapa posterior de la vida. En fecha más reciente, se ha demostrado que cuando un grupo de madres y sus hijos durante los tres primeros años de vida habían recibido calorías suplementarias, al cabo de 20 a 30 años, ya como adultos, estos ganaban más que los que no habían recibido dichos suplementos. Desde el punto de vista de la productividad, la salud física importa tanto como la mental. Las personas

¹² *The Economist*. Helping the poorest. 14 August 1999, p. 11.

¹³ Gran parte de los datos citados aquí aparecerán en el informe oficial del grupo de trabajo.

¹⁴ Fogel R. Economic growth, population theory and physiology. The bearing of long term processes on the making of economic policy. *American Economic Review*. 84:369-395.

aquejadas de enfermedades mentales faltan con mayor frecuencia al trabajo y su productividad es menor.

Estudios recientes efectuados en Perú señalan la relación de la salud con la productividad del mercado de trabajo. Los días de enfermedad se usaron como una medida del estado de salud, y resultó claro que la salud tiene una repercusión fuerte y positiva sobre los salarios. El efecto más grande de la enfermedad sobre la productividad se encontró entre los trabajadores más pobres.^{15, 16}

Gran parte de la inquietud por la salud y la economía se ha concentrado en el costo de determinadas enfermedades. La máxima atención se ha prestado a la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH/SIDA por ser las enfermedades más prevalentes entre los pobres y causas importantes de pobreza. La OMS calcula, por ejemplo, que el costo anual de la tuberculosis es del orden de 12.000 millones de dólares. Pero al menos hay esperanza, en cuanto a que existe tratamiento para curar la tuberculosis. En cambio, la situación de la infección por el VIH/SIDA, especialmente en los países pobres, es desalentadora. Existen estudios procedentes del Caribe, cuya tasa de prevalencia de la infección por el VIH/SIDA sólo se supera en el África al sur del Sahara, que indican que la enfermedad puede dar lugar a la pérdida económica de cerca de 5% del producto interno bruto por año.

La atención sanitaria también puede producir beneficios económicos mediante los cambios resultantes del perfil demográfico de los países. A medida que desciende la mortalidad infantil y en la niñez, disminuye la fecundidad; pero, dado que ambos fenómenos no son simultáneos, hay un período de aumento de la población en edad de trabajar. Si hay empleo lucrativo para esta población adulta, cabe la posibilidad de un “dividendo demográfico”.

La salud puede contribuir al crecimiento económico mediante efectos sociales más amplios, uno de los más palpables de los cuales es el turismo. Los centros turísticos son extraordinariamente sensibles a las preocupaciones de salud; los brotes de enfermedades pueden asustar rápidamente a los turistas, como vimos aquí durante la epidemia de cólera que empezó en 1991.

Entre los objetivos de desarrollo internacional se incluye la educación, en la que también desempeña un papel la salud. Como ya se ha dicho, los niños malnutridos presentan un desarrollo cognitivo deficiente y un rendimiento escolar pobre. Además, la buena salud, al prolongar la esperanza de vida, aumenta el posible rendimiento de cualquier inversión en educación. Cuanto más viven las personas o, mejor dicho, cuanto más largo es su período de vida productiva sana, mayor será el rendimiento de la inversión realizada en su educación.

¹⁵ Murrugarra E, Valdivia M. The Returns to Health for Peruvian Urban Adults by Gender, Age and across the Wage Distribution. In: *Wealth from Health*. Savedoff WD y Schultz TP(eds). Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., 2000.

¹⁶ Cortez R. Health and Productivity in Peru: Estimates by Gender and Region. In: *Wealth from Health*. Savedoff WD y Schultz TP(eds). Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., 2000.

¿Qué función puede tener el médico en la reducción de la pobreza? Lo más obvio es que, si cumple su función original de promover la salud, prevenir o curar las enfermedades y velar por una rehabilitación adecuada, esto puede ser suficiente. Pero permítanme ir más allá y tratar de incluir a todos los médicos. Ha habido una tendencia a dividir el ejercicio de la medicina prácticamente en dos culturas: la del médico de atención personal y la del médico cuya mayor inquietud es la salud de la población. Aunque la brecha entre ambos se ha reducido, no ha desaparecido totalmente. Soy muy consciente de estas dos culturas, pues yo mismo he formado parte de ambas. Mis primeros 24 años de ejercicio profesional estuvieron dedicados a la medicina de atención personal, y los últimos 20, a las inquietudes por la salud de la población. Es importante que ambas culturas reconozcan el beneficio insustituible del samaritanismo, ámbito casi exclusivo del médico de atención personal, y que no constituye ninguna amenaza para la aplicación de las tecnologías de la ciencia moderna: los dos grupos aspiran a la salud. Protegemos y promovemos la salud de las poblaciones, pero a menudo prestamos apoyo y socorro a las personas. Ninguno de estos enfoques es intrínsecamente más importante que el otro. Todos los médicos tienen un interés genuino en el bienestar humano. Quizás mi propia apreciación del grado de sufrimiento individual debido a las enfermedades me hace más sensible a la necesidad de velar por la salud del conjunto de la población.

Si se acepta el criterio de que la pobreza es una privación de ciertas capacidades, una de las cuales es la salud, entonces, por definición, todo lo que se haga por mejorar la salud reduce la pobreza. Por lo tanto, el médico, al mejorar o promover la salud individual o colectiva, está, por definición, contribuyendo a reducir la pobreza. Pero esto no es suficiente. Los médicos tienen una función como actores sociales importantes. Por la naturaleza de su profesión, tienen que preocuparse por el bienestar social y deben considerar la salud no sólo desde el punto de vista del bien intrínseco que indudablemente representa, sino considerando igualmente que la salud contribuye a abordar otros aspectos de la pobreza. Como se ha demostrado, la buena salud es importante para el crecimiento económico de los países. Las enfermedades reducen el potencial económico de los países.

Reconozco que en muchos casos los médicos tienen la desventaja de que al tomar partido por la salud pueden dar la impresión de que les mueve un sentimiento egoísta, sobre todo si abogan por servicios en los cuales pueden tener un interés pecuniario. Pero sabemos que entre los factores que determinan la salud y la productividad de la población, los servicios que generan ganancias para cada médico son de mínima importancia. Por lo tanto, los médicos tienen que ser los entusiastas defensores de los demás factores determinantes de la salud. Además, tenemos que ser acérrimos defensores de que la inversión que los países realizan en la salud del conjunto de la población es un factor fundamental para reducir la pobreza en todas sus formas. A lo que me refiero, más concretamente, es a las intervenciones que competen al Estado. Desde luego, tendrá que haber intervenciones sanitarias específicamente dirigidas a los pobres, dado que padecen más enfermedades, si bien hay que tener gran cuidado para evitar el fenómeno, demasiado común, de que los servicios concebidos expresamente para los pobres son generalmente servicios de pobre calidad. Quizás la intervención más útil sea garantizar

que las enfermedades no se conviertan en catástrofe y empujen a estas personas aún más a una trampa de pobreza de la cual no puedan escapar.

Estoy convencido de que ustedes son conscientes de los tipos de intervención que mejoran la salud y por las cuales los médicos deben abogar. Algunas de esas intervenciones son de alcance social muy alto, como las vacunaciones, el agua potable y el saneamiento básico. Además, debe existir un conjunto básico de servicios al alcance de todos los ciudadanos. Obsérvese que esto último no implica necesariamente que el Estado o una empresa estatal tenga que suministrarlos. El conjunto variará según la situación epidemiológica y financiera de los países; pero no puede dejar fuera la atención a las enfermedades que tanto afectan a los pobres. (A propósito, el Perú constituye para el mundo un ejemplo paradigmático, con su programa modélico para el tratamiento de una de tales enfermedades, la tuberculosis.) Asimismo, es evidente, dada la importancia de la nutrición en la primera infancia, que todo conjunto de servicios debe también abordar las necesidades en esta esfera.

No tengo que decirles a los médicos cómo abogar por una causa. A lo largo de la historia, las clases dominantes han escuchado a los médicos. Más recientemente, las asociaciones médicas han sido defensoras de una u otra causa. Sería un gran paso positivo que estas asociaciones se informaran activamente para poder ser defensoras de las cuestiones que he abordado.

Señor Presidente, hace 150 años, uno de mis héroes médicos, Rudolf Virchow, fundó la revista *Die medicinische Reform* [La reforma médica] en un momento en el que, como él decía, “los médicos de todas partes se reúnen para determinar en común las necesidades de su profesión”. Virchow tenía una visión muy clara de las causas sociales de las enfermedades y de las necesidades, imperiosas y a menudo no atendidas, de los pobres. También creía en el poder de los médicos para contribuir a mejorar esta situación, al punto que declaró: “Los médicos son, sin duda, los aliados naturales de los pobres; el problema social forma parte, en gran medida, de su ámbito de competencia.”¹⁷ Creo que a Virchow le complacería constatar el interés de los médicos peruanos por la salud como factor de reducción de la pobreza.

¹⁷ Virchow R. *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Volume 1, Berlin, 1879. Rather LJ (ed). Science History Publications, EE. UU., 1985.