

George A. O. Alleyne
Director, OPS ·
5 de marzo de 2001

LA SALUD PÚBLICA AL COMIENZO DEL MILENIO (Cuernavaca, Morelos, México)**

Quiero empezar por agradecer al Instituto Nacional de Salud Pública de México la oportunidad que me brinda de participar en su conferencia bienal. Aprovecho para destacar la relación cada vez más firme que existe entre el instituto, la Universidad Johns Hopkins, la Asociación Estadounidense de Salud Pública y la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP). De más está decir que una relación como esta solo puede fortalecer la teoría y la práctica de la salud pública en las Américas. La Organización Panamericana de la Salud ha sido una defensora constante de la ALAESP debido al gran potencial que esta tiene para cambiar la percepción y la enseñanza de la salud pública en esta parte del mundo.

En el corto tiempo de que dispongo, deseo plantear los que, a mi parecer, serán los tres retos principales que la salud pública y los profesionales de la salud pública habrán de afrontar al comienzo del nuevo milenio. En primer lugar, hay que señalar el cambio del foco de interés, que se ha desplazado de lo local a lo mundial. Quizás deberíamos retomar la famosa frase de Rene Dubos en el sentido de pensar en el mundo y actuar en nuestra localidad, pero reformulándola para recalcar que debemos pensar y actuar teniendo en cuenta el mundo entero. Hubo un tiempo en que el interés era exclusivamente local, casi diría provinciano; en este sentido, me agrada citar el Informe de la Real Comisión Sanitaria que, en 1871 y refiriéndose a la sanidad en el Reino Unido, afirmaba:

Nunca será excesivo insistir en la importancia del tema. La relación constante entre la salud y el vigor de las personas y el bienestar y la prosperidad comercial del Estado está fuera de toda discusión. Es innegable el aforismo de Franklin en el sentido de que "la salud pública es prosperidad pública" [*Public health is public wealth*].

Regresaré posteriormente al aspecto de la prosperidad del Estado, pero cabe destacar que el informe se centraba en los problemas locales. Poco más de cien años después, Donald Acheson, al examinar el estado de la salud pública en el Reino Unido, seguiría la misma línea; a propósito, siempre me ha gustado su definición concisa de la

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

** **Presentado en el IX Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. 5 de marzo de 2001, Cuernavaca, Morelos, México.**

salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad”.

Quisiera examinar ahora cómo podemos concebir la salud de los habitantes del mundo desde este punto de vista, y luego veremos cómo los esfuerzos organizados de la sociedad pueden verse en un contexto mundial y no sólo local. Como mencioné anteriormente, fue en época relativamente reciente cuando las cuestiones capaces de influir en la salud de los habitantes del mundo empezaron a ser tema para el debate y el análisis. Aun en el ambiente de entusiasmo por el multilateralismo que rodeó el nacimiento de las Naciones Unidas y sus organismos especializados, la inquietud predominante por la paz mundial no se manifestó en una inquietud similar por la salud mundial. Cuando la salud se mencionaba en la última parte del siglo que acaba de terminar, una gran parte del discurso se dirigía a encontrar soluciones a los problemas de salud de los países pobres, en desarrollo. Gran parte de la ayuda sanitaria que fluía de los países desarrollados se inspiraba en un espíritu de apoyo misionero, por decirlo así. En fecha más reciente, sin embargo, hemos visto el nacimiento y crecimiento de la idea de que la salud es indivisible y, por tanto, la salud de todos es asunto de todos. Este criterio está ganando adeptos a pesar de las variaciones obvias en la situación sanitaria de los diversos países del mundo.

Es dentro de este contexto de acción global que debemos considerar los dos cambios fundamentales que han puesto a la salud pública en el escenario mundial. Primero, creo que estamos presenciando un repunte en el humanitarismo mundial pues se está extendiendo la noción de los derechos humanos inalienables y la convicción de que la mala salud u otra carencia inevitable en un conjunto de personas es asunto que concierne a toda la humanidad. Estamos viendo, por ejemplo, que en un país determinado se producen protestas sobre lo que se consideran abusos de los derechos humanos y deterioro del ambiente en otros países, y este movimiento no tiene nada que ver con la solidaridad declarada entre las diversas agrupaciones de países en desarrollo.

El segundo cambio es quizás más utilitario en el sentido de que se está reconociendo que la salud de una parte del mundo influye en la salud y otros aspectos del bienestar humano en otras partes, y no veo nada venal en este tipo de interés propio. También se está imponiendo la idea de que la salud de un país distante puede tener un efecto sobre el concepto de la seguridad nacional que tiene otro país. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas trata un tema sanitario y lo vincula con la seguridad mundial; por su parte, los organismos de espionaje de los países ya no consideran la agresión armada como la única amenaza para la seguridad nacional, sino que las condiciones sanitarias y sociales en otros países ocupan un lugar, junto con los problemas del ambiente, como temas primordiales de seguridad nacional que no son de carácter militar. En los debates sobre la seguridad nacional o incluso mundial, mantener encerrado al genio maligno de la guerra nuclear ha dejado de ser la preocupación única o siquiera predominante. Hay países que están configurando su política exterior sobre la base de esta clase de inquietudes, que nunca se habrían mencionado hace cincuenta años.

La salud de los demás también influye en nuestra propia prosperidad. Y en el presente no hay duda alguna de la sólida conexión progresiva que existe entre la salud y la prosperidad. En la medida en que mejore la salud en todo el mundo, habrá más oportunidades para aumentar el comercio mundial, que es uno de los principales dogmas del orden económico actual.

El segundo reto principal será darse cuenta de que ha cambiado la antigua forma de organización mundial. Este carácter indivisible de la salud de las poblaciones del mundo ha cobrado mayor relieve, a mi parecer, por dos cambios. El primero, que se ha debatido casi hasta la saciedad, es la mayor vinculación entre todos, que es el sello distintivo de la globalización. La característica principal de este fenómeno es la capacidad de que los sucesos distantes influyan en los fenómenos cercanos, cosa que, como todos los presentes saben, se ha visto moldeada o acelerada por la mayor rapidez del desplazamiento de las personas, los materiales y la información. Esta mayor vinculación e intercambios ha dado lugar a una definición más clara de lo que son los riesgos para la salud verdaderamente mundiales, con la consecuencia obvia de que tales riesgos tienen que afrontarse mediante mecanismos mundiales. Debo recalcar, sin embargo, que sería el más grave de los errores creer que sólo cuando los riesgos para la salud son mundiales la salud pública debe considerarse un asunto de alcance mundial. Por las razones mencionadas anteriormente, incluso los riesgos para la salud local, pueden ser motivo de preocupación planetaria.

El segundo cambio, que tiene que ver con la percepción de la salud pública, es el cambio en la percepción de la índole y la función del Estado. Generalmente, se ha considerado que los riesgos de salud pública mundiales rebasan la capacidad de un solo Estado y, por consiguiente, para abordarlos hay que recurrir a algún mecanismo multi o interestatal. Pero pienso que los profesionales de la salud pública debemos tomarnos más en serio el fenómeno del crecimiento del pluralismo, que va más allá de la función del Estado. Según Peter F. Drucker, el milenio anterior se caracterizó por el auge, la caída y el retorno del pluralismo. En los cien años últimos se ha producido la erosión constante del Estado-nación como la unidad predominante de organización social. Pero mientras que el pluralismo de los comienzos de ese milenio se basó en el poder, el pluralismo social de hoy se basa en las funciones de la multitud de instituciones que forman la sociedad organizada. De manera, pues, que cuando reexaminamos la definición de salud pública desde el punto de vista de los esfuerzos organizados de la sociedad, hemos de reconocer los numerosos actores estatales y no estatales que en nuestra época ocupan legítimamente un lugar en la atención de la salud de la gente.

¿Qué efecto tienen estos fenómenos en las instituciones académicas de salud pública y la práctica de la salud pública? Quizás el más actual y profundo tiene que ver con los tipos de disciplinas que se toman en consideración y se enseñan en estas instituciones. No podemos prescindir de las disciplinas tradicionales, pero tenemos que reconocer cada vez más que varias nuevas disciplinas tienen que ver con la atención de la salud del público. Permítanme citar una que tengo fresca en la mente, pues recientemente he tenido que considerar la asignación de recursos para la salud en las Américas y he constatado las amplias variaciones que se observan, a pesar de la aceptación universal de

la importancia de la salud pública. Hay una enorme ignorancia de la manera en que se toman las decisiones políticas, y teorías tales como la de la elección pública racional, fundamentales para comprender la asignación de recursos, están prácticamente ausentes del discurso de la salud pública. Me da la impresión de que todavía existe la tendencia a concebir la profesión de la salud pública como un gremio, acompañada de arduos esfuerzos para mantener la pureza de la disciplina. La formación de los profesionales que se ocuparán de la salud pública en el futuro tendrá que ser mucho más abierta y aceptar disciplinas diferentes de las tradicionales.

Por otra parte, es en el área de la investigación donde preveo grandes posibilidades para las asociaciones y las escuelas reunidas hoy aquí. Sabemos que en nuestros países hay una gran escasez de investigación sobre los factores determinantes fundamentales de la salud de la población. Muchos de los ejemplos tenemos que tomarlos de los países desarrollados. Un ejemplo sencillo es la falta de datos sobre una cuestión tan importante como la discriminación por razón de género en nuestros servicios de salud. Todos nos hemos involucrado en el proceso de reforma sanitaria, pero sabemos muy poco acerca de cómo afectará este a las mujeres, sobre todo cuando no ejercen su función reproductiva.

Finalmente, quisiera plantear el tercer reto que estará en la palestra de la salud pública durante al menos los primeros siglos de este milenio, y que ocupara un lugar central en la teoría y la práctica de la Organización Panamericana de la Salud. El tema de la equidad acaparará la atención de todos nosotros. Este no es el momento oportuno para extenderme sobre el asunto, pero tengo la seguridad de que todos nosotros habremos de ocuparnos en definir las desigualdades que son socialmente injustas y, por lo tanto, se denominan inequidades. Lo que es incluso más importante, nos veremos obligados a examinar los factores determinantes de los resultados de salud, no solo los servicios sanitarios que se distribuyen desigualmente y participan de manera destacada en la inequidad sanitaria. Los futuros estudiosos de la salud pública habrán de concentrarse no solo en el estado de la salud de una población determinada, sino también en las barreras que se oponen a la equidad en materia de salud que son susceptibles de eliminarse.

Estos serán sin duda tiempos muy estimulantes.