

George A. O. Alleyne
Director, PAHO ·
26 de agosto de 1995

LA SALUD Y EL DESARROLLO HUMANO** **(Washington, D.C.)**

Llevo algún tiempo buscando el momento de exponer mis ideas actuales sobre el desarrollo en general y sobre la función que dentro del mismo le compete a la salud. Se trata de un tema que he abordado antes, pero a medida que mis reflexiones se profundizan y mis conocimientos y responsabilidades aumentan, reconozco cada vez más la necesidad de definir por qué razón el mero desarrollo -como término categórico- resulta insatisfactorio en el marco de nuestras responsabilidades en salud. Hoy en día, puedo decir que abrazo firmemente el concepto del desarrollo humano y la necesidad de determinar en términos más claros la relación que la salud guarda con él.

No pretendo ser un especialista en todos los aspectos del desarrollo humano, ni creo que ninguno de ustedes lo sea; y eso está bien. Tengo la convicción que comparto con Harland Cleveland, de que los buenos gerentes que llegan a desarrollar su capacidad intelectual plenamente, pasan por tres fases. Al principio somos generalistas en el sentido de que tenemos conocimientos bastante vagos sobre algunos campos. Más tarde nos hacemos especialistas porque profundizamos nuestros conocimientos teóricos y prácticos en unos cuantos campos específicos, agudizándose al mismo tiempo nuestra capacidad de análisis crítico y de reflexión. Finalmente, si no llegamos a desarrollarnos a cabalidad, nos volvemos otro tipo de generalistas porque aplicamos esta capacidad aguzada en cuestiones de mayor envergadura que probablemente son más fundamentales. A menudo se trata de cuestiones complejas que exigen el tipo de pensamiento sistémico que a veces elude al especialista. Algo parecido acontece en relación con el desarrollo humano.

Adoptaré también un criterio cuasihistórico porque por naturaleza procuro no actuar con la arrogancia de pretender generar conocimientos totalmente nuevos. Todos los grandes acontecimientos se producen en un contexto histórico. Si no reconocemos que el pensamiento fluye en corrientes en vez de detenerse en estanques, creo que perdemos una gran parte de nuestra capacidad creativa y dejaremos de crecer. Si no sabemos de dónde proceden las corrientes que nos impulsan, tampoco sabremos dónde nos hallamos ni podremos jamás imaginar hacia dónde nos dirigimos o adónde deberíamos ir.

Me adhiero al concepto actualmente en boga de que el desarrollo humano es la finalidad fundamental de todos cuantos nos dedicamos a mejorar cualquier aspecto de la vida humana, porque como he dicho antes, el desarrollo humano significa que la gente tenga más opciones y que les sea

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

** **Taller sobre Cooperación Técnica y Liderazgo en Salud**

posible vislumbrar un porvenir más halagueño. Para decirlo con la expresión de Goulet: es un medio para la superación humana. Pero no siempre fue así, aunque me gustaría pensar que en cierta manera nuestras ideas al respecto han girado completamente y vuelto al punto de partida.

En el período de la posguerra el desarrollo cobró tal auge que casi se le consideró una industria cuyo objetivo principal era aumentar la disponibilidad de bienes materiales. Siempre me ha gustado leer escritos de la antigüedad donde se consideraban más los bienes materiales desde el punto de vista de la distribución que de la adquisición. A muchos de los economistas pioneros les preocupaban en gran medida los fines a que se destinaban esos bienes materiales, y se reconocía en su discurso una clara orientación teleológica. A menudo me complace recordarle a mis amigos economistas no sólo que uno de los fundadores de esta disciplina, William Petty, era médico, sino también que Adam Smith fue profesor de ética antes de escribir su conocida obra de gran trascendencia, y que su famosa frase de "la mano invisible" la he visto interpretada más bien como la mano de la providencia y no la del mercado.

Desde luego, el concepto del desarrollo desde el punto de vista de los recursos materiales es tan antiguo como la propia humanidad, como también es inmemorial el concepto de que el acrecentamiento del progreso material es objeto de una disciplina y es susceptible de explicarse mediante teorías. Pero acepto la opinión de que la preocupación con respecto a la responsabilidad nacional o internacional de mejorar el destino de un gran número de los habitantes del mundo es un fenómeno relativamente reciente, circunscrito esencialmente al período de la posguerra. Por varias razones, no todas ellas altruistas, había entusiasmo por elevar el nivel de vida de las nuevas naciones que estaban surgiendo y ese mejoramiento se tradujo, hasta cierto punto, en crecimiento económico. De manera muy sutil, pero definitiva, el término "crecimiento económico" acabó significando casi lo mismo que "desarrollo". La gran meta era aumentar el ingreso per cápita de los países subdesarrollados.

No olvidemos que la clasificación de los países como desarrollados o dicho de manera más eufemística, en desarrollo, se originó principalmente en las viejas naciones industrializadas. El paradigma ortodoxo formulado por Rostow señalaba que había una progresión de la etapa del subdesarrollo a la del desarrollo y que, dadas ciertas condiciones, un país pasaría de una a la otra. Habida cuenta de que la piedra de toque de dicho desarrollo era el aumento del ingreso per cápita, y la tesis de que la gente actuaría racionalmente para mejorar su situación, se prestó atención especial a las condiciones que impedían esa transición natural, surgiendo la imagen del gobierno inepto o ineficiente que reprimía las fuerzas del mercado, como el villano al que más frecuentemente se culpaba por esta ignominia. El subdesarrollo tenía su origen en el comportamiento local, que podía modificarse con el tiempo para permitir que el desarrollo tuviera lugar.

El éxito de los países que dejaban atrás el subdesarrollo parecía basarse principalmente en una alta tasa de inversión del ahorro interno y en apoyar la creación de una fuerza laboral calificada. El concepto de capital humano surgió en relación con la necesidad de contar con esta fuerza de trabajo capacitada y competente. Cabe citar aquí el primer pasaje del artículo clásico escrito por el economista a quien se le concede el crédito por haber formalizado el concepto. Schultz escribió:

Si bien resulta evidente que la gente adquiere aptitudes y conocimientos útiles, no lo es que unas y otros constituyan una forma de capital, y que este capital es producto, en una parte considerable, de la inversión deliberada... Los gastos directos en educación, salud

y migración interna para aprovechar mejores oportunidades de trabajo constituyen claros ejemplos.

Pero a fines de los años sesenta y principios de los setenta comenzó un fuerte movimiento que abordaba las condiciones sociales, obviamente deficientes, que parecían oponer resistencia a los esfuerzos de los planificadores del desarrollo. Como admite el famoso economista sueco Gunnar Myrdal:

... en general, antes de la segunda guerra mundial, los economistas no habían mostrado mucho interés en los problemas de la pobreza y la desigualdad de las personas en las "regiones atrasadas".

En cierto sentido, este movimiento representaba un regreso a la orientación teleológica de los primeros filósofos en el sentido de que hacía hincapié en los fines y no en los medios. Quizá sea apropiado que buena parte de la inquietud inicial con respecto a la pobreza y la desigualdad que oponían resistencia al desarrollo haya provenido de las Naciones Unidas, y se atribuye a Singer el haber declarado que el desarrollo tenía que ver con el crecimiento y los cambios en las condiciones sociales y culturales de los países. Fue entonces cuando se empezó a prestar atención al "crecimiento con equidad" y a la definición de lo que constituían las necesidades básicas de una sociedad y su gente. Dudley Seers fue uno de los primeros que pusieron en tela de juicio el efecto de las estrategias de desarrollo anteriores, pero las declaraciones más atrayentes que he encontrado acerca de este tema provienen de Robert McNamara, cuando era Presidente del Banco Mundial. En especial, me agrada no sólo el hincapié que hace en las diferencias entre las naciones ricas desarrolladas y las naciones pobres en desarrollo, sino también la congoja que manifiesta en relación con la pobreza interna. En alguna ocasión comentó:

La degradación humana absoluta que alcanza proporciones de 30 a 40 por ciento de la población de un país no puede pasarse por alto, no puede suprimirse ni puede tolerarse por mucho tiempo por ningún gobierno que aspire a preservar el orden cívico.

Aunque hoy es dogma aceptado que hay que buscar el mejoramiento de las condiciones sociales como meta del desarrollo y se concede máxima importancia a la situación de los seres humanos, en realidad fue el *Informe sobre Desarrollo Humano 1990*, publicado por el PNUD que marcó un hito, acabando por suscitar toda esta nueva forma de pensar. Vale la pena repetir aquí uno de los primeros párrafos del resumen del informe:

El desarrollo humano es el proceso de aumentar las opciones de la gente. La más decisiva de esas opciones de amplio alcance es llevar una vida larga y sana, recibir educación y tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decoroso. Otras opciones son la libertad política, la protección de los derechos humanos y el respeto por uno mismo.

He simplificado o adaptado estos conceptos para aplicarlos de la manera más apropiada a la OPS, y propongo que el desarrollo humano tiene cinco componentes inextricablemente unidos, a saber: salud, educación, crecimiento económico, un ambiente inocuo y sano, y toda una gama de libertades para las personas, entre ellas la democracia y los derechos humanos. En ocasiones he escuchado dudas acerca de la validez de este concepto, surgidas de la dificultad para medirlo. Entre paréntesis, yo también he tenido dudas acerca de la utilidad de un índice de desarrollo que no mide

el progreso absoluto y se limita a ordenar a las naciones por su grado de desarrollo, de una manera semejante a la tabla de posiciones de los equipos deportivos participantes en un torneo. Algunos aspectos del desarrollo humano se miden con bastante facilidad, pero otros no son susceptibles de cuantificación. Ello no debe inquietarnos porque de hecho muchos aspectos de lo que llamamos una vida mejor para los seres humanos nunca serán susceptibles de cuantificación sencilla, y únicamente podrán ser evaluados mediante mediciones muy indirectas. Hay la costumbre de utilizar con poco rigor los términos "desarrollo económico" o "desarrollo socioeconómico" para describir ciertos cambios de la sociedad. A decir verdad, varios adjetivos pueden usarse con propiedad para calificar el desarrollo. Resulta fútil pensar que el concepto de desarrollo humano desplazará definitivamente el uso de términos como "desarrollo socioeconómico", pero les pido que aceptemos lo señalado por Goulet:

Desarrollo "económico", "social" y "político" son simplemente modelos metodológicos adoptados dentro de ciertas disciplinas para estudiar aspectos de un proceso de cambio que dichos modelos "abstraen" de una realidad total que abarca, más allá de los hechos, significados y símbolos.

Pasaré ahora a analizar brevemente la aplicación de estas ideas en la OPS. Si nos remitimos al Código Sanitario, vemos que los fundadores de la Organización tenían claro en 1924 que la propagación de enfermedades influiría en el comercio y la comunicación internacional y, por extensión, la posibilidad de crecimiento económico de los países. He hallado muy pocos indicios de un análisis serio de la función de la salud en relación con la economía hasta antes de la Alianza para el Progreso, cuando al asignarse un lugar en este movimiento al sector de salud, la función de la salud y de la OPS se destacó principalmente en el marco de la relación entre salud y desarrollo, entendida sobre todo en el sentido económico. En los años ochenta, la OPS concedió considerable atención al efecto de la crisis económica sobre la salud, y los documentos formales importantes que abordaron la relación entre la salud y el desarrollo se concentraron fundamentalmente en la importancia del crecimiento económico para la salud y viceversa. En muchas de sus disertaciones, el Dr. Macedo reveló un considerable adelanto conceptual en el pensamiento sobre este asunto, ya que a menudo puso en tela de juicio el tipo de desarrollo que nuestros países deberían buscar durante la crisis, y a medida que salían de ella y trataban de encontrar una nueva forma de desarrollo.

Teniendo en cuenta los conceptos sobre desarrollo humano y la taxonomía poco refinada que les he presentado, permítanme analizar ahora cuáles deben ser nuestras hipótesis de trabajo y qué camino seguir. Como sucede en toda situación compleja, el criterio más adecuado es el sistémico, de manera que consideraremos la forma en que la salud se relaciona con los diversos componentes del desarrollo humano y en qué grado aquella y estos pueden actuar sinérgicamente para contribuir a ese desarrollo.

Comenzaré por el concepto más tradicional, que se ha abordado ampliamente aquí y en otras partes; la relación entre la salud y el nivel económico, que es aceptada en el plano tanto nacional como individual. Los ricos tienden a gozar de una vida más larga y a ser más sanos que los pobres, como ha sido demostrado por numerosos estudios. En fecha reciente despertó mi interés un novedoso enfoque del tema aplicado por ciertos investigadores que examinaron la relación entre el tamaño de los monumentos funerarios en un cementerio y la edad de las personas sepultadas en

ellos, comprobándose que los difuntos con los mausoleos más grandes y suntuosos —y, a juzgar por ello, más ricos— habían vivido más tiempo.

No existen dudas respecto a esta asociación; pero lo que verdaderamente importa es el mecanismo fundamental de la misma. Las explicaciones van de lo sencillo -los ricos están mejor nutridos y por ende son más sanos- a lo complejo -los ricos utilizan mejor la información que les permite hacer las elecciones respecto a su vida y por consiguiente llegan a tener menor mortalidad y morbilidad. Tal vez la explicación más sensata es que la situación económica es otro de los determinantes o expresiones de la clase social, y hoy en día es evidente que el estado de salud está firmemente vinculado con la clase social.

Esta relación es importante para nosotros en lo referente a las políticas sobre la asignación de los recursos y la energía necesarios para mejorar la salud. Creo que la mejor exposición de la naturaleza de los determinantes de la salud y la posibilidad de mejorar ésta se encuentra en el libro *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, de Evans, Bauer y Marmor, cuya lectura les recomiendo muy especialmente. Los autores opinan que concentrarse exclusivamente en la pobreza puede privarnos de entender muchos mecanismos básicos de la relación entre situación económica y salud. Existe un proceso básico por el cual se produce un gradiente en los resultados de salud, el cual se aprecia incluso cuando mejora el acceso a los servicios sanitarios. Probablemente existan mecanismos biológicos asociados con gradientes sociales, que a su vez se manifiestan en distintas posibilidades de verse afectados por las enfermedades. Los autores señalan que los gradientes en los resultados de salud permanecen constantes con el tiempo aunque cambien las causas de defunción e incluso si la situación general de salud de la población llegara a mejorar. Pero no cabe describir aquí sus argumentos con respecto a los cambios o adaptaciones fisiológicas asociados con el nivel social que influyen en los resultados de salud. Uno de los aspectos más importantes de este trabajo es la expansión del concepto de campos de salud de Lalonde y un examen minucioso de la relación entre los servicios de atención y el estado de salud. La conclusión general es que jamás habrá país alguno que pueda satisfacer las demandas de atención de salud de su población.

Para nosotros es importante observar que las relaciones dentro de una población son plásticas, en el sentido de que no existen características esenciales genéticas o fijas inherentes a la pobreza que determinen el estado de salud. Es incluso más importante percatarse de que, si bien es verdad que los ricos son más sanos, hablando de poblaciones la distribución del ingreso es un determinante más importante de los resultados de salud que el ingreso promedio. Dicho de otro modo, esos resultados son un reflejo de la igualdad o disponibilidad de recursos.

Si bien se acepta que la situación económica es un factor que incide en los resultados de salud, está menos bien documentado que la salud también ejerce un fuerte impacto en la situación económica a nivel de población. Siempre se ha considerado casi como artículo de fe que una población sana produce más, y que la eliminación de enfermedades acrecienta las posibilidades de crecimiento económico. Hay buenos estudios que muestran cómo el mejoramiento de la nutrición de los trabajadores condujo a un aumento de la producción. Lo que está menos documentado, y tiene importancia desde el punto de vista de las políticas, es que la inversión nacional en salud aumenta las posibilidades de crecimiento económico. Actualmente se está demostrando que en realidad puede haber una relación causal entre la inversión en salud y en otros bienes públicos y el crecimiento económico futuro de un país. En un informe sobre recursos humanos del BID, Behrman

señala que: *... en las zonas muy pobres donde no ha habido un cambio tecnológico rápido, el rendimiento de la inversión en salud y nutrición es mayor que la inversión para aumentar la escolaridad.*

Como señalé anteriormente, los resultados de salud se ven influidos no sólo por el grado de pobreza, sino por la desigualdad del ingreso que tiene igual o mayor importancia. No es motivo de orgullo el que América Latina presente un alto grado de desigualdad del ingreso, y se postula que la persistencia o el empeoramiento de este fenómeno no es intrínsecamente estructural, sino que deriva de la evolución y el desarrollo inapropiado del capital humano. Hay datos que hablan en favor del posible efecto de la educación para reducir esta desigualdad. Por extensión, yo postularía que la inversión en salud tendría por su parte el mismo efecto, el cual por añadidura vendría a complementar al de la educación. Espero que se hagan estudios sobre el efecto de la salud del mismo modo que se han hecho acerca del efecto de la educación.

A veces nos olvidamos de que el gasto en salud en todos los países consume una fracción considerable de la riqueza nacional, y por ello debemos siempre ser conscientes de los costos de oportunidad de ese gasto. La situación de salud de la población y la percepción de la salubridad del lugar que habita son importantes bienes económicos, especialmente para los países que dependen del turismo como fuente primordial de ingresos. Vale la pena notar que apenas estamos comenzando a hablar de los aspectos económicos del comercio de servicios de salud.

Siempre se ha dado por sentado que hay una relación entre la salud y la educación, y existen datos confiables acerca del efecto de la salud sobre el estado de nutrición, actual y pasado, y sobre la capacidad de aprendizaje de los niños. Podría argumentarse también que el mejoramiento del estado de salud que conduce a prolongar la vida productiva, disminuiría la tasa de depreciación de la inversión en educación.

No me detendré a analizar la relación entre la salud y un ambiente sin riesgos, que es muy patente. Basta mencionar que el comportamiento del microambiente tiene la relación más directa con la salud humana. Lo que más influye en nosotros es la inocuidad del aire, el agua y la tierra, así como la calidad de la vivienda. No digo que debemos hacer a un lado las preocupaciones con respecto al patrimonio común mundial, pero en el plano operativo quienes tenemos como motivo de inquietud la salud humana y la posibilidad de aplicar medidas correctivas al respecto, hemos de centrar nuestra atención en el entorno inmediato y actuar localmente.

Tal vez el concepto de más difícil comprensión sea que existen vínculos entre la salud y las formas de organización social o los diversos aspectos de los derechos y libertades de la gente. La idea de que la salud puede ser mejor en una democracia no es nueva: Virchow lo dijo claramente hace 150 años. En el plano más elemental, existe la posibilidad —y ciertos datos la apoyan— de que indicadores como la esperanza de vida empeoraron o no mejoraron recientemente en igual medida que en los países sin democracia o bajo regímenes autoritarios.

La posibilidad más intrigante es que el prestar atención a la salud en el plano individual y colectivo pueda favorecer el desarrollo humano mediante la participación y el mejoramiento de la gente. La percepción del subdesarrollo, como mencioné antes, proviene generalmente del observador, y, como han señalado otros, los cambios necesarios para lograr cualquier aspecto del

desarrollo humano son con frecuencia penosos. Aún así, el primer paso hacia el cambio consiste no sólo en que la gente se percate de que la situación actual es aberrante y susceptible de modificación, sino también de que ellos pueden cambiarla. Debe despertarse la conciencia de que la vida podría ser diferente. Yo postularía que el estado de salud podría ser el tipo de estímulo desencadenante que le abra los ojos a la gente a la posibilidad de una vida mejor. Ello puede consistir en darse cuenta de que sus hijos no tienen que morir innecesariamente y que las mujeres no deben morir de parto. Bien puede ser que no apelamos lo suficiente al argumento de la salud como agente de cambio que puede influir en las personas para que empiecen a desempeñar una función positiva en la sociedad. La salud representa muchas ventajas. Como han escuchado muchas veces, es una de las áreas "nobles" en torno a las cuales es relativamente fácil entablar el diálogo. La experiencia adquirida en América Central en la época en que era flagelada por la guerra y los fructíferos esfuerzos recientes del expresidente Carter en el Sudán para negociar la paz con miras a proporcionar servicios de salud, constituyen ejemplos de la poderosa influencia de la salud. De modo análogo, creo —también sin pruebas empíricas— que el ejercicio de la verdadera democracia participativa acrecienta las posibilidades de que se produzcan el tipo de acciones comunitarias que pueden conducir a una mejor salud.

La salud reviste otros aspectos políticos que podría mencionar. Las sociedades democráticas se preocupan por la seguridad nacional tanto como cualquiera otra, y como he señalado recientemente, en este sentido la salud o la posibilidad de enfermedad en cualquier otra parte tiene que ser una consideración. La estabilidad interna de un país es esencial para la seguridad nacional, y la insatisfacción con respecto a condiciones sociales tales como vivir en la pobreza y con mala salud puede acarrear amenazas para esa estabilidad.

Si han comprendido mis argumentos acerca del papel destacado y esencial del desarrollo humano y aceptan que este debe enfocarse con un criterio sistémico, y si además la salud comparte el primer plano con aquellas otras áreas que contribuyen a mejorar la situación de los seres humanos, entonces estarían de acuerdo en que no puede haber un organismo único para el desarrollo ni tampoco hay soluciones sencillas. Los organismos que se ocupan de la salud y los que se encargan de la educación también son, por definición, instituciones de desarrollo, y es a la luz de esta idea que ahora quiero referirme a la función que compete a la OPS y a sus gerentes dentro de un organismo de desarrollo cuyo foco de interés principal es la salud.

No he creído necesario examinar aquí ninguna definición de salud. La clásica definición adoptada y promulgada por la Organización Mundial de la Salud expresa, en términos generales, un estado que se desea alcanzar. En la práctica, sin embargo, tenemos que aceptar que existe un proceso continuo que va de esa definición a la medición de la salud en las poblaciones mediante la aplicación de indicadores de enfermedad o dolencia. Lo que no quiero es que la polémica por hallar una definición precisa nos impida afirmar que la salud de las personas es un aspecto importante de su desarrollo.

La primera responsabilidad es reconocer la importancia de la salud y el desarrollo humano como una orientación estratégica y programática. Tienen ustedes que ser capaces de enunciar claramente por qué un organismo de salud tiene que interesarse en el desarrollo humano y, en el ámbito nacional e internacional, ser capaces de defender la causa de la salud con esos argumentos convincentes.

En la división de la OPS que tiene a su cargo esta orientación estratégica hemos ubicado el programa que se ocupa de un grupo de personas —las mujeres— cuya salud es importante desde el punto de vista del desarrollo. Asimismo verán ustedes, espero que con claridad cada vez mayor, que a excepción del aspecto de la salud y el ambiente, dentro de esta división consideraremos la relación entre la salud y las otras facetas del desarrollo humano. Dicha división tendrá la responsabilidad principal de nuestra cooperación técnica en lo referente a la interacción entre la salud y el crecimiento económico y, en menor medida, a los aspectos económicos de la asistencia sanitaria, por importantes que estos puedan ser.

Me he referido a muchas relaciones de la salud, y podría pensarse que el sector sanitario no debería tener que justificar la atención que se le debe prestar, pues atender la salud de las personas es un imperativo moral. Quiero aclarar que no pongo en duda las consideraciones éticas y morales con respecto a la salud, pero reitero que eso no basta: es preciso ofrecer más justificaciones para la inversión en salud. Para dar vigor a nuestro discurso necesitamos recabar datos y convertirlos en información. No tengo la menor duda de que una de las responsabilidades cruciales de ustedes, como gerentes, es no sólo propugnar que se preste atención a la salud, sino cooperar y colaborar para facilitar a los países la información que muestre dónde existen desigualdades en materia de salud, así como la eficiencia y la eficacia de las intervenciones para reducirlas. Esta es la razón principal de haber ubicado el Programa de Análisis de la Situación de Salud dentro de la División de Salud y Desarrollo Humano. Seguir defendiendo la necesidad de mejorar la situación de los seres humanos sin promover la cuantificación de los aspectos que son de nuestra competencia significa renunciar a una importante responsabilidad.

No basta con que la OPS sea consciente de las posiciones generales que he esbozado anteriormente. Es necesario que sembremos la semilla de la comprensión en nuestros países y entre nuestros aliados, lo cual es sumamente importante porque algunos de ellos, por la razón que sea, pueden persistir en el criterio reduccionista que, espero, nosotros hemos abandonado. La posibilidad de una actividad intersectorial que tenga sentido, concepto que seguimos abrazando, puede hacerse realidad si existe esta comprensión. Estamos trabajando por lograr este entendimiento en las más altas esferas de gobierno.

Por varias razones, la necesidad de aumentar la comprensión de estas cuestiones es ahora incluso mayor. En primer lugar, en casi todos los países de la Región existe la necesidad apremiante de reformar el sector salud. Gran parte de la inquietud al respecto está relacionada con el costo de la atención y el grado en que el sistema debe ser reformado a fin de que sea más equitativo y de que su financiamiento deje de imponer exigencias excesivas a las arcas públicas. Al debatir la cuestión de la reforma importa no perder de vista que los servicios de salud, por importantes que sean, no son los determinantes principales de la situación de salud. Es preciso dejar bien claro que existen ciertos servicios imprescindibles —los que tienen grandes efectos externos positivos— cuya responsabilidad debe ser asumida por el Estado. No podemos dejar de concentrar la atención en la salud de la población y en la reducción de las desigualdades y la inequidad que existen en materia de salud.

En segundo lugar, los organismos de financiamiento multilateral están decididos a invertir en el sector de salud y la OPS debe estar lista a ayudar a los gobiernos, y especialmente a los ministerios

de salud, a determinar, junto con las instituciones crediticias, la asignación más eficaz de los fondos. Aún cuando los fondos disponibles sean una pequeña fracción de la inversión gubernamental total, tienen un tremendo efecto multiplicador y pueden conformar el modo de proceder durante muchos años por venir.

En tercer lugar, tenemos que entender que en la Región existe un impulso o cambio casi inexorable hacia la economía de mercado liberal. No tiene sentido seguir aduciendo argumentos en su contra ni repetir hasta el cansancio que la fortaleza del mercado no radica en su capacidad distributiva. Nuestra responsabilidad es señalar los segmentos de la población que quedan marginados y ayudar a trazar estrategias para, por lo menos, abordar las deficiencias en materia de salud que se producen en ellos.

En cuarto lugar, tenemos que entender la importancia de la salud y el desarrollo humano porque será parte integral de nuestra cooperación técnica. Creo que todos ustedes conocen bien mis ideas sobre los enfoques básicos de la cooperación técnica, pero no he discutido con igual frecuencia los aspectos ideológicos de la cooperación con nuestros países. En su forma original, la cooperación técnica tenía dos componentes principales. El primero era la transferencia de tecnología, que permitía al beneficiario dominar la tecnología que el cambio exige. Pero el otro componente, del que se habla menos a menudo, es el de las relaciones de poder que se establecen entre ambas partes. Cuando los países desarrollados transfirieron conocimientos tecnológicos nunca soñaron que el desarrollo de otros países llevaría a compartir el poder. Tenemos una posición singular porque podemos facilitar el mejoramiento de la capacidad sin preocuparnos por las relaciones de poder, e incluso cuando promovemos la cooperación entre países lo hacemos sobre la base de la igualdad. Debemos aprovechar al máximo esta posición, que no presenta ninguna amenaza a fin de impulsar la comprensión del desarrollo humano y el mejoramiento de la salud como uno de sus componentes.

He mencionado algunas de las responsabilidades programáticas internas en relación con ciertos aspectos de la cooperación técnica, así como algunas razones para que entiendan ustedes los vínculos y los conceptos. Pero sobre todo espero haber dejado claro que todas las partes de la OPS deben tener la misma comprensión de lo que significa el desarrollo humano y lo que se hace en este campo. Por ejemplo, es obvia la importancia de la nutrición como componente de la salud a la que me he referido antes, así como la relación del control de enfermedades con muchos de los otros componentes del desarrollo humano. Insisto nuevamente en el punto de vista sistémico.

Hay otra razón importante para que abordemos este asunto aquí. La OPS y sus Estados Miembros están empeñados en renovar el entusiasmo y el interés que caracterizaron a la noble meta de Salud para Todos en los albores de la era que siguió a la Declaración de Alma-Ata. Creo que el fulgor de los primeros años se fue desvaneciendo por varios motivos. La crisis económica de los años ochenta orilló a desviar la atención de muchos asuntos sociales, mientras que se disipaba parte de la fuerza moral de los líderes en otros intereses. Y sucedió además algo igualmente importante: no se puso empeño suficiente en la preparación y el seguimiento cuidadoso de los planes que eran necesarios para lograr la aplicación y evaluación de la estrategia fundamental de atención primaria de salud.

Pero tal vez la causa principal haya sido que la salud se consideró desde un punto de vista estrictamente sectorial y, por lo tanto, hubo muy pocas bases para la actuación intersectorial, que era tan decisiva. El pensamiento dominante no concedió a la salud la misma importancia, desde el punto de vista programático y operativo, que se otorgó a otros aspectos de la función social. Las justificaciones retóricas y morales, si bien son necesarias, no bastaron para atraer la atención del público por la salud como algo importante para el desarrollo humano.

El precepto mayor de Salud para Todos es que debe haber equidad social; y esa equidad podría expresarse en el campo de la salud si la estrategia de atención primaria se llevase a cabo y si hubiese igualdad de acceso a los bienes que son importantes para dar atención e incluso curar. Si ha de renovarse el entusiasmo por Salud para Todos como una meta noble, resulta imprescindible que se reconozca la verdadera aspiración que la sustenta y que el sector salud ocupe un lugar diferente en la agenda pública. El apoyo público necesario para la transformación de los sistemas de salud, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial no se materializarán a menos que sea clara la relación de la salud con otras áreas. La búsqueda de Salud para Todos sólo dejará de ser una quimera cuando nos embarquemos en la nave del desarrollo humano como el proceso continuo que he descrito.

Tal vez por la propia historia de la medicina y porque el personal de salud se inclina instintivamente hacia la atención de salud, y quizá porque se considera a la atención como determinante de la situación de salud, a menudo se da prioridad a la situación del ser humano en forma individual. Por ello, quiero confiarles una última responsabilidad: No debemos denigrar jamás esta preocupación genuina por el individuo; pero, al mismo tiempo, debemos promover vigorosamente la atención de los grupos, ya que la preservación de la salud es una empresa tanto individual como colectiva. La fortaleza de esta Organización debe provenir de la colectividad de acciones en los niveles nacional y, especialmente, internacional. Nuestra Organización fue creada con la finalidad de promover el pensamiento y la acción panamericanistas, y esta es una responsabilidad de la que nunca debemos abjurar.

Esta colectividad de acciones en la Secretaría se ha demostrado recientemente al trabajar todos ustedes, al unísono, enunciando la misión que guiará nuestra labor. El resultado de este ejercicio me ha llenado de satisfacción y estoy seguro que todos y cada uno de ustedes podrán y deberán identificarse con la obra que ayudaron a crear. Permítanme leerla

La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). organismo internacional especializado en salud. Su misión es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.

Muchas gracias.