

George A. O. Alleyne
Director, OPS ·
2 de marzo de 2000

LA SALUD EN UNA SOCIEDAD MEJOR (México, D.F., México)**

Lic. Genaro Borrego Estrada, Dr. Roberto Tapia, Dr. Luis José Martínez Villalba, señoras y señores. Quiero en primer término agradecer a los señores Borrego Estrada y Martínez Villalba la invitación que se me ha extendido para dictar esta conferencia. Guardo un recuerdo muy grato de mi primera visita al Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), institución excelente, y mucho me complace la manera en que han mantenido ustedes el interés en el análisis del papel que deben desempeñar los sistemas de seguridad social y cómo deben funcionar. Dichos sistemas, especialmente en América Latina, son instituciones sociales importantes que, como todas las instituciones destacadas y de éxito, están cambiando y por ello es imprescindible que el estudio de estos cambios se guíe por criterios claros.

Lo que me propongo exponer en esta ocasión tiene como base la situación sanitaria en América, el grado en que la salud es una expresión de fenómenos sociales y de valores de grandes grupos sociales y qué clase de salud o situación sanitaria deberíamos alcanzar en una sociedad mejor o, más concretamente, en lo que se ha dado en llamar "una sociedad buena" [*the good society*]. Abordaré algunos problemas contemporáneos desde el punto de vista de la Organización Panamericana de la Salud, que ha sido copartícipe en muchas actividades del CIESS, y también intentaré demostrar que algunas de las características de una sociedad buena son pertinentes a las instituciones que tienen a su cargo la seguridad social.

La situación sanitaria de los pueblos americanos es tan variada como las zonas climáticas de nuestro vasto continente; pero, al margen de la variabilidad, podemos afirmar con certidumbre que ha mejorado con el transcurso de los años y sigue mejorando. El criterio corriente para medir la situación sanitaria se ha basado en promedios nacionales, subregionales y regionales de ciertos indicadores convencionales. Gran parte de esta información puede encontrarse en los Indicadores Básicos de Salud, que la Organización Panamericana de la Salud produce con periodicidad anual y que son probablemente la fuente más fidedigna de este tipo de información en América.

La población del continente sigue aumentando, pero en el último decenio la tasa de crecimiento ha disminuido a medida que la tasa de natalidad bruta ha bajado en forma sostenida. Hace diez años la tasa de fecundidad era de 3,0 por mujer, y en ese período la cifra ha

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

** **Conferencia Magistral en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 2 de marzo de 2000, México, D.F., México.**

disminuido 20%. La tasa de mortalidad infantil ha descendido de 36,9 por 1.000 nacidos vivos al comienzo de los ochenta a 24,8 a fines de los noventa; es decir, una caída notable de cerca de 30% en este breve período. Durante el mismo lapso, en algunos casos la esperanza de vida al nacer ha aumentado 3,2 años hasta alcanzar 72,4 años. Una de las consecuencias de estos cambios demográficos es el aumento de la población de ancianos. El Uruguay, por ejemplo, tiene el porcentaje más alto de personas mayores de 60 años en América, lo cual conlleva los problemas de tratar más enfermedades crónicas y degenerativas en ese grupo.

Las condiciones ambientales han mejorado a juzgar por indicadores tales como el porcentaje de la población con acceso a agua potable y alcantarillado. Sin embargo, sigue habiendo problemas a causa de las carencias que aún persisten en esta esfera. En efecto, el cólera sigue siendo endémico en muchos países y demasiados niños mueren a causa de la diarrea, que está relacionada directamente con el saneamiento deficiente.

Asimismo, se ha producido un aumento notable de la cobertura en algunas áreas como la vacunación; actualmente, más de 90% de los niños están protegidos por las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunización. Los países están introduciendo regularmente vacunas nuevas como las dirigidas contra la meningitis y la hepatitis. Esta atención a la salud infantil ha dado lugar a algunos éxitos resonantes, pues ya no hay poliomielitis, el sarampión quedará eliminado a fines de este año y el tétanos neonatal es una enfermedad muy rara hoy en día.

Las características de la mortalidad también han cambiado, en parte como resultado de la transición demográfica y también debido a algunos cambios en el entorno social y físico. Las enfermedades transmisibles como causa de muerte muestran una reducción notable y actualmente se observa un aumento relativo de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, que en conjunto representan más de 60% de la mortalidad y la discapacidad en América.

Estos adelantos no deben hacernos perder de vista los retos que aún tenemos que afrontar. Debemos mantener los programas que han permitido disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles. Debemos adoptar métodos para hacer frente a las enfermedades relacionadas con el modo de vida, que causan una buena parte de la mortalidad y de la morbilidad crónica. El agente más pernicioso en esta categoría es el tabaco, pues las enfermedades asociadas con su uso ocasionan aproximadamente 400 defunciones diarias en América.

A los anteriores yo agregaría otro reto que no se relaciona específicamente con ninguna enfermedad: tenemos que reducir las desigualdades en toda la Región. Me refiero a lo siguiente: mientras que la tasa de mortalidad infantil de Estados Unidos y Canadá es de aproximadamente 7,0 por 1.000 nacidos vivos, la cifra para América Latina es de 35,7. Esta brecha se ve en casi todas las estadísticas sanitarias. El dato más alarmante y casi vergonzoso está relacionado con la mortalidad materna. Si comparamos los países con las mejores y las peores cifras, la diferencia es de casi cien veces. Muchas de estas desigualdades no deberían existir y, puesto que en la OPS las consideramos injustas e inequitativas, las denominamos manifestaciones de la inequidad sanitaria en nuestra Región.

Estas brechas en el estado de salud que separan a los ricos de los pobres no son, desde luego, una novedad y sin duda los datos de al menos los dos últimos siglos apoyan esta observación. Pero me asombró mucho enterarme de que no siempre ha sido así, al menos en Gran Bretaña. R. W. Fogel, en sus estudios clásicos sobre las tendencias históricas de la mortalidad y el efecto de la nutrición, describe la llamada “paradoja de los nobles”. Hasta comienzos del siglo XVIII, no había ninguna diferencia entre la mortalidad de la nobleza y la de la población pobre. Al parecer, mientras que los adultos de la nobleza comían bien, sus costumbres en materia de alimentación de los lactantes eran terribles, lo cual daba por resultado una mortalidad elevada de lactantes y niños pequeños. Además, durante el embarazo las damas nobles comían poco y consumían cantidades enormes de bebidas alcohólicas, lo que sin duda alguna contribuía a la malnutrición in útero. El gran consumo de alcohol por parte de hombres y mujeres probablemente contribuía también a producir una mortalidad relativamente alta en la nobleza. La diferencia entre la mortalidad de los ricos y los pobres se fue manifestando a medida que los primeros mejoraban su alimentación y en cierto modo se iban aislando de las condiciones ambientales que eran hostiles para la salud de los segundos.

Me gusta mucho citar a Rudolf Virchow, el distinguido médico alemán que quizás sea más conocido por sus descubrimientos en la esfera de la anatomía patológica que por su ardiente preocupación por la salud de los pobres y la manera tan clara como explicó la función de la pobreza y las carencias sociales en la génesis de muchas enfermedades. Al explicar las diferencias de la esperanza de vida entre ricos y pobres en la Alemania de hace 150 años, decía:

En otras palabras, la duración media de la vida de los príncipes y los condes ascendió a 50 años, mientras que la de los pordioseros apenas llegó a 32 años; de manera que el azar, por el cual un niño nace en cuna de oro, le hace a este el regalo de 18 años más de vida que al niño que viene al mundo en el jergón de paja de una mendiga.

Muchas de estas brechas persisten y no solo son una afrenta para quienes nos ocupamos de la salud pública, sino que es alarmante constatar que a lo largo de los años no hemos podido reducir algunas de ellas. En los cuarenta años últimos no ha disminuido la gran diferencia entre la mortalidad infantil de los países más ricos y la de los más pobres. El problema de las desigualdades sanitarias, su génesis y su reducción tendrá que ocupar un lugar destacado en los asuntos de política y acción sanitaria en los próximos años.

Hay otras esferas en las que no cabe albergar el mismo optimismo que generan los datos sobre la situación sanitaria general y los resultados en campos como el de las enfermedades inmunoprevenibles. Otras enfermedades infecciosas aún siguen afectándonos; la infección por el VIH/SIDA, por ejemplo, es un importante problema. Mientras que en Estados Unidos y Canadá el acceso a los nuevos medicamentos ha ejercido un efecto notable sobre la mortalidad por esta causa, no ha ocurrido lo mismo en los demás países americanos, esencialmente debido al costo pero también porque no siempre se cuenta con los sistemas de distribución necesarios. No se puede negar que el panorama del SIDA es desolador en África, pero no debemos olvidar que la tasa de prevalencia de esta enfermedad en el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo. Tampoco podemos pasar por alto la presencia persistente de la malaria y la tuberculosis, que siguen matando a muchas personas, especialmente en los países menos desarrollados de América.

Esta situación sanitaria no se produce de manera aislada; es el resultado de la acción recíproca de las fuerzas sociales. A este respecto, mi forma de pensar se ha inspirado mucho en la excelente obra de Sarah Curtis y Ann Taket, *Health and Societies—Changing Perspectives*, en la que examinan los cambios en la percepción de la salud pública con el transcurso del tiempo en distintas sociedades, así como las diferencias de la expresión cultural de la salud en una y otra sociedad. Las autoras analizan el grado en que las políticas que abordan las necesidades en materia de salud están cambiando en respuesta a la interacción de los diversos actores, como las profesiones, las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los gobiernos mismos. En este proceso de negociar las funciones que competen a cada uno y de asignar una función más fuerte a la promoción de la salud y los aspectos preventivos de la medicina, se hace mucho más hincapié en la relación entre la salud y la sociedad.

La salud es en gran medida un fenómeno social, y las diversas nociones que se tienen acerca de las connotaciones de la salud, la enfermedad y los padecimientos están determinadas por la cultura de la sociedad. En la Antigüedad, los griegos reverenciaban la salud y la consideraban principalmente una responsabilidad personal, pues pensaban que competía al individuo mantener el equilibrio que casi siempre era sinónimo de la salud. El historiador Henry Sigerist cita la siguiente frase del médico griego Herófilo:

Cuando la salud está ausente, la sabiduría no se puede revelar, el arte no se manifiesta, no hay fuerzas para luchar, las riquezas se vuelven vanas y la inteligencia no se puede expresar.

Este criterio de la salud como equilibrio y como responsabilidad individual fue superado por el enfoque determinista y el criterio reduccionista o mecanicista de la salud y los trastornos del organismo que causan las enfermedades. El paradigma cartesiano-newtoniano de la naturaleza, originado en el siglo XVI, pasó a aplicarse a la salud. Por virtud del determinismo se creía que los fenómenos naturales establecen vínculos causales, y según el criterio reduccionista uno podía desentrañar fenómenos complejos, como los sistemas fisiológicos, si los fragmentaba en segmentos constitutivos cada vez más pequeños. De acuerdo con este punto de vista, el cuerpo humano funciona como una gran máquina con respuestas previsible de sus partes constitutivas a los estímulos internos y externos.

Fue Descartes quien recalcó la separación de la mente y el cuerpo, lo cual desembocó en la pérdida paulatina del reconocimiento de los beneficios de la medicina popular, que hace hincapié en la curación en el contexto de una acción recíproca cercana entre el cuerpo y el alma. Pero fue en el siglo XIX cuando se produjo el ascenso de lo que se llegó a conocer como la "medicina científica moderna", basada en el modelo biomédico. El progreso en la comprensión de los fenómenos biológicos se vio facilitado por la nueva tecnología y propició que se prestase aun más atención al criterio mecanicista del cuerpo humano en estado de salud y de enfermedad. El conocimiento de las bases moleculares de muchos procesos biológicos contribuyó a perpetuar el paradigma cartesiano.

A pesar de lo anterior, de manera lenta pero incesante, este criterio y esta manera de obrar se han venido a complementar con una concepción más sistémica de la salud, que es menos rígida en su insistencia en los elementos físicos en perjuicio de los aspectos psicosociales. De este modo, en los cien últimos años hemos visto surgir en forma sostenida un modelo

socioecológico de la salud. Esta idea de la interrelación de todas las cosas y del flujo y reflujo constante de los contrarios, más cercana a la forma en que las escuelas filosóficas orientales perciben la naturaleza y la vida en general, se está abriendo paso paulatinamente en la medicina occidental.

La adopción de este modelo socioecológico de la salud hace más fácil comprender la relación entre la salud y la sociedad. Los puntos de vista sobre los factores determinantes sociales que influyen en la salud se cristalizaron en el famoso informe Lalonde, acerca de la salud de los canadienses, y actualmente son plenamente aceptados. Reconocemos que factores tales como la educación, el ambiente de trabajo, las condiciones de vida y de trabajo, la vivienda, el empleo y la situación económica —todos los cuales encajan en el rubro de condiciones sociales— son importantes factores determinantes de la salud. Como señalan Evans y sus colegas, los "cambios de gran envergadura que se producen en la situación sanitaria de poblaciones enteras con el transcurso del tiempo no dependen por fuerza de la aplicación de medidas de salud pública ni de medidas de control de carácter médico contra determinadas enfermedades". Estos autores señalan que más bien existe una vinculación profunda entre la salud y el ambiente social, incluidos los grados de prosperidad y la distribución de esta en una sociedad.

Si la salud está determinada socialmente, no resulta impropio preguntarse si la sociedad en su totalidad, o el Estado como un agente de aquella, tiene la responsabilidad fundamental de proporcionar o facilitar la consecución de los medios para lograr esa salud. Está de moda hablar del derecho a la salud, e incluso en la constitución de muchos países se consagra ese derecho y se afirma que compete al Estado velar por el respeto de ese derecho. A mi parecer, sería mejor decir que el derecho es más bien a beneficiarse de las medidas sanitarias y sociales necesarias para alcanzar una buena salud, y sin duda yo incluiría los factores determinantes mencionados con anterioridad.

Parecería lógico que, si gran parte de la salud está determinada socialmente, una sociedad buena debería acompañarse de una buena salud individual y colectiva. Mi primer encuentro con la idea de una sociedad buena data de hace casi cincuenta años, cuando tuve que batallar con *La república*, de Platón. Según este autor, Sócrates señalaba que el bien de la ciudad y su felicidad dependían de la división igualitaria de los bienes materiales: los extremos de riqueza y de pobreza eran igualmente perniciosos y debían evitarse. Tenía que haber una meritocracia y los guardianes de ella debían poseer sabiduría, templanza —la capacidad de resistir a ciertos placeres y deseos— y valor. Tenía que haber justicia, pero el concepto de la justicia me resultaba extraño porque sostenía que "cada uno debía ejercer aquella actividad para la cual su propia naturaleza lo hiciese el más apto entre todos los habitantes de la ciudad". Varios otros filósofos deben haber adoptado por su parte otras versiones de una sociedad buena.

Pasaré ahora al pensamiento más reciente. El distinguido economista John Kenneth Galbraith, en un libro reciente *The Good Society: The Humane Agenda*¹, plantea que, desde un punto de vista práctico, debemos distinguir entre la sociedad utópica y el grado de bien que es política y económicamente factible, y tiene en cuenta la "estructura institucional y las características humanas que son fijadas, inmutables". Para este autor, una sociedad buena es

¹ Versión en español: *Una sociedad mejor*. Barcelona: Crítica, 1996.

aquella en la cual "todos los ciudadanos gozan de libertad personal, un bienestar básico, igualdad racial y étnica, y la oportunidad de llevar una vida que merezca la pena". Uno podría preguntarse cuánto hemos avanzado por comparación con el pensamiento socrático. También podría decir que lo dicho por Galbraith es tan amplio que resulta inalcanzable y casi utópico. Pero, en realidad, no es diferente de la idea de que una sociedad buena debe ser aquella que mejore las posibilidades del desarrollo humano: las posibilidades de que todas las personas gocen lo más cabalmente posible las opciones que la vida les ofrece. O como lo diría Amartya Sen, la ampliación de las libertades reales. Para este autor, la ampliación de las libertades es el fin primordial del desarrollo o bien un medio principal del desarrollo, en el sentido que una libertad refuerza a las otras y, de manera más específica, refuerza las posibilidades del progreso económico.

Quiero reiterar el argumento de Galbraith en el sentido de que debe haber una diferencia entre lo que es una descripción práctica de una sociedad buena y el ideal utópico. La naturaleza humana es tal que "siempre habrá hombres que se esfuercen por mejorar su condición", como lo dijo Adam Smith, lo cual conduce a un comportamiento egoísta bastante estrecho en el campo de la economía. Pero tiene que haber otra dimensión moral o ética, en la cual los seres humanos se comprometan los unos con los otros. Por lo tanto, una sociedad buena quizá no logre a priori la distribución igualitaria de los bienes económicos; de hecho, se ha comprobado que esto no es posible, no es aconsejable o al menos no es práctico. Debo hacer un paréntesis aquí para señalar que ya no se cree que la desigualdad de ingresos y el crecimiento económico sean incompatibles. En realidad, pueden ser compatibles y la desigualdad puede ser un verdadero impedimento al crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Volviendo al aspecto moral de los actos humanos, es posible que la naturaleza humana permita o incluso fomente deliberadamente una distribución más igualitaria de otros bienes que son parte de una sociedad buena; la salud y los medios para alcanzarla encajarían en esta categoría. Me atrevo a postular que el impulso competitivo o primitivo que lleva a los seres humanos a esforzarse en adquirir más bienes materiales que su vecino no existe en el caso de la salud. Tengo la esperanza de que ese impulso pueda aprovecharse para hacer frente a los problemas de salud que tienen que abordarse mediante un esfuerzo conjunto.

Debo admitir que este último criterio se está poniendo en tela de juicio o quizás modificándose en el contexto del aumento inexorable de los costos de la asistencia sanitaria que se observa en países como los Estados Unidos. Se plantea la cuestión de que los individuos no solo desean potenciar su función de utilidad en un sentido económico, sino que aspiran a sacar todo el provecho posible de su vida a toda costa. A medida que la tecnología costosa se pone al alcance de más personas, estas se aferran a ella como un medio de prolongar la vida; de este modo, encontramos que lo que quizá en el pasado hayan sido demandas extraordinarias ahora se presentan como necesidades. Esto se hace no en el sentido de la competencia con los demás, sino como un rechazo del carácter inevitable de la propia mortalidad: un punto de vista que se ve fomentado por el hecho de que la humanidad ha conquistado gran parte de los fenómenos naturales que se creían invencibles e inmutables. Al no haber ningún freno social a esta expansión o algún mecanismo que permita anteponer el bien común a la demanda individual disfrazada de necesidad, tal parece que no hay límite al aumento de los costos de la asistencia sanitaria.

Aunque Galbraith habla del bienestar, no menciona la salud entre las cosas que una sociedad buena debe proporcionar; en cambio, Sen se refiere específicamente a la salud como una de las libertades primarias de que las personas deben gozar. En el contexto de las desigualdades sanitarias que describí anteriormente, es interesante observar la gran importancia que se concede a algunos aspectos de la igualdad social en una sociedad buena. En los países donde el asunto se ha estudiado, hay pruebas convincentes de que existen diferencias sanitarias en razón de la pertenencia a un determinado grupo étnico. Tales diferencias son fundamentalmente un reflejo de las diferencias sociales y económicas, no son innatas y en realidad representan una inequidad. Las diferencias más perniciosas son las relacionadas con la discriminación por razón de sexo, que se manifiesta en gran parte de los problemas de salud de las mujeres, y en la manera en que estos son tratados en los servicios sanitarios corrientes.

He dicho que hay ciertas características o rasgos de una sociedad buena que pueden equipararse a las libertades reales postuladas por Sen. Pero debe haber ciertas formas de organización social o algunas características sociales que faciliten la vigencia de estas libertades o contribuyan a su existencia. Nos estamos dando cuenta de que uno de los ingredientes esenciales para la adquisición de al menos algunas de estas libertades es la acumulación del capital humano y social. En efecto, para que una sociedad cualquiera funcione óptimamente es preciso generar y mantener el capital social. Se pueden mencionar varios ejemplos del deterioro social que sobreviene al producirse la mengua de ese capital. Sigue habiendo algún debate o crítica, en particular de parte de los economistas, acerca de la pertinencia o incluso la existencia misma del capital social; pero algunos sociólogos eminentes insisten en que las relaciones entre las personas son un elemento tan decisivo en la producción como lo es el capital físico tangible que siempre ha acaparado nuestra atención.

La característica esencial de ese capital social es la confianza, y como dice Francis Fukuyama:

Una de las enseñanzas más importantes que podemos aprender de un examen de la vida económica es que el bienestar de una nación, así como su capacidad para competir, está condicionado por una sola característica cultural omnipresente: el grado de la confianza intrínseca de la sociedad.

Deseo ampliar este concepto a la esfera sanitaria y más concretamente a la salud y la seguridad social. Quiero postular que la noción de solidaridad, que es inherente al surgimiento de los sistemas de seguridad social, es otra manifestación de la clase de confianza que debe caracterizar a una sociedad buena. Mientras que el seguro de vida surgió en el marco del valor de reposición de un ser humano, el seguro social —y sin duda el seguro de enfermedad de carácter social, que es un aspecto clave de la seguridad social en América Latina— tuvo sus orígenes en la necesidad de compartir los costos de la enfermedad. Va implícita en este la noción de la solidaridad con otros seres humanos que esporádicamente pueden estar en situaciones de necesidad. El modelo bismarkiano en el que están basados los sistemas latinoamericanos de seguridad social tiene como un punto cardinal de su funcionamiento este concepto de la solidaridad entre los asegurados y, en general, la puesta en práctica de esta solidaridad escapa al control del Estado. Esto contrasta, desde luego, con otros sistemas en los

cuales la compartición de los riesgos para la salud y los costos se logra mediante una acción estatal deliberada.

Examinemos esta solidaridad en el contexto del gasto sanitario y la cobertura de los sistemas de seguridad social. Ha sido difícil recopilar datos completos, pero calculamos que en 1995 el gasto sanitario total de los sistemas de seguridad social en América Latina fue de US\$ 19.500 millones, o sea, 1,3% del producto interno bruto (PIB). Ese mismo año, el gasto sanitario total en América Latina ascendió a 6,8% del PIB. Sin embargo, este gasto proporcionaba cobertura a cerca de 112 millones de personas. El grado de cobertura varía, y va desde un mínimo de 7% de la población en la República Dominicana hasta más de 60% en Argentina, Chile y Panamá. Calculamos que aproximadamente la mitad de la población mexicana está cubierta por la seguridad social. Que yo sepa, solo en Costa Rica la seguridad social se ocupa de la asistencia sanitaria de toda la población. En varios países americanos se debe hacer frente al problema de la gran proporción de personas que trabajan en el sector informal, pues esta puede llegar a 50% y se calcula que la gran mayoría de los nuevos empleos de reciente creación están en dicho sector. En efecto, el trabajo informal quizá constituya la regla y no la excepción en muchos países, y la tragedia de la exclusión de este sector empeora o se multiplica por el hecho de que generalmente son personas pobres y la mayoría son mujeres. Para que en una sociedad todos tengan las libertades básicas mencionadas, cabe preguntarse de qué manera puede esta solidaridad extenderse a los que, debido a su situación de trabajo, no encajan en el grupo de personas con derecho a recibir las prestaciones de carácter sanitario del sistema de seguridad social.

La OPS y la Organización Internacional del Trabajo han empezado a explorar la factibilidad de los sistemas de microseguro como un mecanismo para ampliar el seguro médico a las personas del sector informal, que no pueden participar en los sistemas tradicionales de seguridad social. La naturaleza de la exclusión es compleja porque comprende los elevados costos de transacción y supone concurrir al lugar donde se proporcionan los servicios y la falta de esperanza y desesperación que acompañan a la pobreza y que vuelven impotentes a los que la sufren. Estas tentativas de proporcionar alguna atención mediante los sistemas de microseguro son prometedoras, pero debido a la fragilidad de la base económica del sector informal tienen pocas probabilidades de prosperar por mucho tiempo a menos que se reciba el apoyo estatal. Esta posibilidad representa un mecanismo ideal para mostrar la solidaridad necesaria en el seguro de enfermedad colectivo; de hecho, tiene sus raíces en el concepto del interés común local, pero no es suficiente para lograr la sostenibilidad.

No tenemos una receta única para lograr que toda la población se beneficie de las medidas de promoción o mantenimiento de la salud. Lo que sí creemos, sin embargo, es que los sistemas predominantes en América Latina no son los más equitativos. La división de la prestación de servicios entre el ministerio de salud, el sector privado y la seguridad social va en contra de la uniformidad de acceso que debería ser la meta en una sociedad buena. Abolir la segmentación del sistema y la asignación de funciones específicas a cada parte es, a nuestro parecer, el camino más lógico. Ello exige, sin embargo, una actuación firme y decidida por parte del Estado, el cual debe tener, después de todo, cierta función orientadora o rectora en sus tentativas de obtener lo mejor para todos los ciudadanos.

Al abordar la relación entre la salud y una sociedad buena, como estamos haciendo en esta oportunidad, no puede faltar el análisis de la distribución de los recursos. Hemos visto ya que hay grandes lagunas en cuanto a los resultados de salud en América, y hemos subrayado la necesidad de reducirlas. De manera inevitable, habrá controversias éticas y morales acerca de las medidas de la situación sanitaria y la asignación de los recursos para reducir las brechas. Pero el primer problema es el de la medición. El uso frecuente de promedios oculta las disparidades que ocurren y, a menos que se preste una seria atención a las medidas de distribución, es muy probable que caigamos en la trampa utilitarista de pretender lograr el máximo de beneficios para el conjunto. La OPS está ampliando las investigaciones acerca de los Indicadores Básicos de Salud para proporcionar datos desglosados a objeto de mostrar las diferencias que ocurren geográficamente o con relación a algún otro indicador social. Además, se están elaborando medidas de distribución de la morbilidad y la mortalidad para permitir una mejor apreciación de los puntos donde se puede dar la intervención apropiada.

Sería necio suponer que una sociedad buena es estática o que las nuevas formas de organización social no influirán en la salud de otro modo. El dogma actual es que la tendencia inexorable en las organizaciones sociales apunta hacia un mundo globalizado en el cual las fuerzas del mercado son dominantes y la democracia participativa liberal es la forma preferida de gobierno. Este no es el lugar para extenderse en los efectos concretos de ninguna de esas nuevas formas de organización social en la salud, pero de que habrá efectos los habrá. Es claro que el concepto de una sociedad buena incluye relaciones que van más allá de los límites nacionales. Habrá una mundialización de los riesgos para la salud que requerirán respuestas mundiales. Tales respuestas exigirán que las sociedades se den cuenta de los riesgos y estén dispuestas a trabajar en concierto para reducirlos. Las enfermedades transmisibles son el prototipo de tales riesgos, pero la revolución de la información ha sacado a relucir otros riesgos, como el tabaquismo, que son de alcance genuinamente mundial. Estamos al comienzo de este proceso de adaptarnos a estas tendencias y sólo el tiempo dirá cómo serán los resultados en la salud.

Compete a la Organización Panamericana de la Salud observar el grado en que la salud se considera como una característica de una sociedad buena y los mecanismos para que esto suceda así. La distribución igualitaria es un tema central para nosotros y consideramos la equidad en materia de salud como uno de los valores fundamentales que guían nuestra labor. Esta búsqueda de la equidad ha sido siempre un punto central de la meta de salud para todos, que propugna los principios de la justicia distributiva en la esfera sanitaria.

Tengo la seguridad de que el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social comparte estos principios y a la OPS le complacerá seguir trabajando con ustedes en los años venideros. ¿Qué podemos hacer juntos?

- Podemos elevar el debate en torno a los asuntos sanitarios por encima de las discusiones que se centran meramente en cómo reducir los costos de la atención como una medida económica. Ello, desde luego, sin perjuicio de la necesidad legítima de lograr la eficiencia fiscal tanto en la esfera sanitaria como en otras esferas.

- Podemos argumentar que el concepto de una sociedad buena no es un sueño utópico, y algunos de sus elementos, si no es que todos ellos, son imprescindibles para alcanzar y mantener la estabilidad social.
- Podemos aportar datos empíricos que muestren la relación mutua de las libertades que describí anteriormente. No hay ninguna duda de que la riqueza se acompaña de una mejor salud, pero cada vez es más claro que la buena salud también contribuye a acrecentar la riqueza en los planos individual, familiar y nacional.
- Podemos, en fin, prestar más atención a la cuestión apremiante de la manera como la confianza y la solidaridad, que son características distintivas de la seguridad social, pueden extenderse a los que actualmente están excluidos de la asistencia sanitaria. No es suficiente con proponer aquí que la salud es parte esencial de una sociedad buena. Debemos procurar que esa noción se traduzca en el tipo de política sanitaria que se imaginó cuando se pronunció el llamamiento en favor de la salud para todos: una política que fomente la inclusión y no la exclusión; una política que insista en dirigir recursos a los más necesitados; una política que busque la participación verdadera de todos los interesados directos en la noble empresa de mantener o restaurar la salud.

REFERENCIAS

- Birdsall N, Ross D, Sabot R. *Inequality and growth reconsidered: lessons from East Asia*. World Bank Economic Review 9; 477-508; 1995.
- Callahan D. *What kind of life. The limits of medical progress*. Georgetown University Press. Washington, DC; 1990.
- Canada. A new perspective on the health of Canadians (Lalonde Report) Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
- Curtis S, Taket A. *Health and Societies—Changing perspectives*. Arnold. A Division of Hodder Headline PLC, Londres; 1996.
- Dror DM y Jacquier C. *Micro-insurance: extending health insurance to the excluded*. International Social Security Review. 52: 71-97; 1999.
- Evan RG, Barer ML, Marmor TR. *Why some people are healthy and others not? The determinants of health of populations*. Aldine De Gruyter, Nueva York. p. 71; 1994.
- Fogel RW. *The conquest of high mortality and hunger in Europe and America: timing and mechanisms*. En: P. Higonnet, D.S. Landes y H. Rusovsky, eds. *Favorites of fortune: technology, growth and economic development since the industrial revolution*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts; 1991.
- Fukuyama F. *Trust—The Social virtues and the creation of prosperity*. The Free Press. Nueva York. p. 7; 1995.
- Galbraith JK. *The Good Society—The Humane Agenda*. Houghlon Mifflin. Boston, Nueva York. p. 4; 1996.
- Organización Panamericana de la Salud: *La salud en las Américas*, volumen I. Publicación Científica No. 569; 1998
- Sen A. *Development as Freedom*. Alfred A. Knopf. New York. p.36; 1999.
- Sigerist HE. *Medicine and human welfare*. New Haven. Yale University Press. p. 57; 1941.
- Virchow R. *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Published in the USA by Science History Publications. Volume 1, p. 31.