

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



PRIMERA ÉPOCA

JUNIO

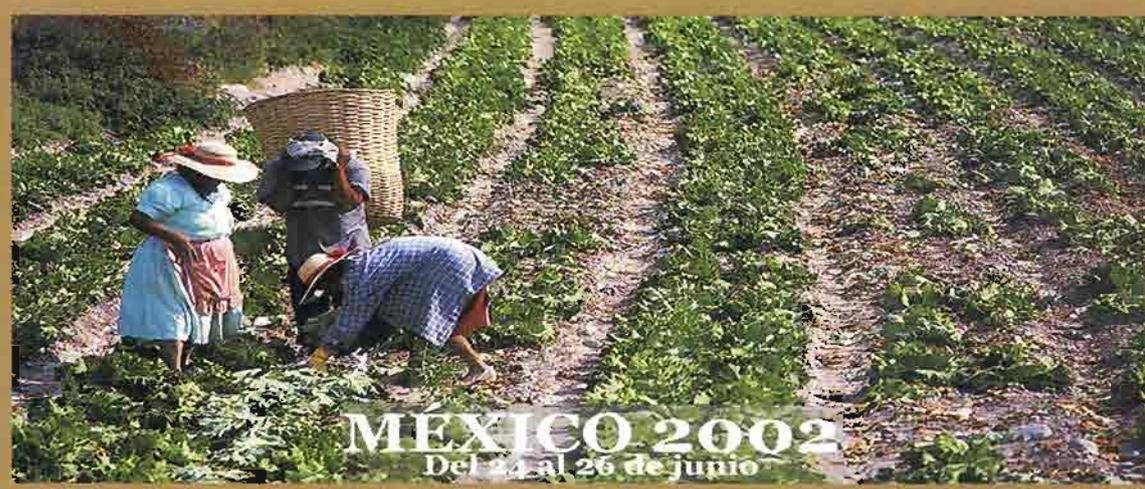
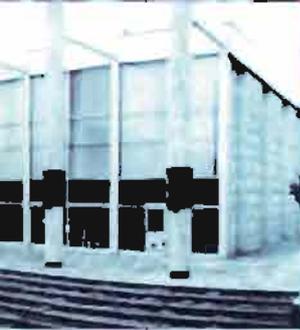
2002

NÚMERO

3

PRIMER SEMINARIO INTERNACIONAL

Seguridad Social
en el **campo**



Modelos y estrategias internacionales para la Seguridad Social en el Campo

R E V I S T A

CIESS

Revista CIESS 3

Junio
2002

PUBLICACIÓN SEMESTRAL



**CENTRO
INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE
SEGURIDAD
SOCIAL**

Órgano de docencia, capacitación e investigación de
la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

SALUD DEMORADA ES JUSTICIA NEGADA *

George A. O. Alleyne **

La cita "Justicia demorada es justicia negada" se ha atribuido a un famoso primer ministro de Gran Bretaña, William Gladstone, pero yo siempre he vinculado su uso con Martin Luther King, uno de los mayores luchadores por la justicia social de los tiempos modernos. Estoy seguro de que él habría estado de acuerdo con vincular la salud a las metas sociales que intentaba lograr, pues el estado de salud de los negros era indecorosamente inferior mientras se les negaron otras formas de justicia social. Por desgracia, la línea divisoria étnica y racial en cuanto a la salud siguen existiendo en muchas sociedades.

* Conferencia Magistral pronunciada con motivo del 39º Aniversario del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). México D. F., 14 de marzo de 2002.

** Director de la Organización Panamericana de la Salud. Oriundo de Barbados. Médico, Doctor en Ciencias *honoris causa* por la Universidad de las Indias Occidentales, nombrado Caballero en 1990 (Knight Bachelor) por su Majestad la Reina Isabel II de Inglaterra, en reconocimiento de sus servicios a la medicina.

Hace dos años afirmé en este mismo lugar, en el ciclo de conferencias “La política social el urgente desafío de América Latina” el lugar que ocupa la salud en una sociedad mejor, señalé que debemos distinguir entre la sociedad utópica y una sociedad política y económicamente factible. Una sociedad buena quizá no sea idéntica a una sociedad ideal. He llegado a la conclusión de que una sociedad buena es aquella en que habría reconocimiento adecuado de la importancia y la pertinencia del estado o los resultados de salud, al menos en la región de las Américas, de donde extraje la mayoría de los datos que cité. Me referí en concreto a la solidaridad y confianza que deben caracterizar a una sociedad buena y postulé que la seguridad social fue un mecanismo para materializar esa solidaridad. Eso suponía, desde luego, adoptar el criterio de que el concepto de seguridad social abarca la seguridad para la sociedad en su conjunto. Hace dos años hice poca referencia a la función de la política pública al tocar estos temas y no abordé con detenimiento el tema de la iniquidad y el grado en que el concepto y la práctica de la seguridad social favorecerían la equidad en el ámbito de la salud.

En esta ocasión intentaré presentar el tema básico de la conferencia, “Políticas de la salud y equidad”, como un asunto que se apoya fundamentalmente en la hipótesis de que pueda progresarse si nuestros pueblos logran en alguna medida la justicia social mediante una adecuada política sanitaria. La negación de esa justicia es resultado de la demora en lograr la salud para un gran número de nuestros habitantes. Debemos buscar la equidad en materia de salud no solo como un objetivo loable por sí mismo, sino como uno que beneficia a otras esferas de la sociedad en su conjunto, y debemos perseguir políticas públicas que influyan en el grado en que pueda lograrse dicha equidad. Es necio afirmar que la equidad en salud es importante y no examinar las medidas por las cuales puede lograrse o mejorarse. No les voy a aburrir recitando estadísticas sanitarias del continente americano; pero, dado el nivel de la audiencia y porque recuerdo el calibre de las

preguntas de la vez pasada, les propongo comprometerlos más en los enfoques conceptuales de los temas que, desde luego, deben preceder a cualquier propuesta de acción.

La equidad ha sido para mí el valor principal que he tratado de sembrar en nuestro paso por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). He enunciado tan claramente cómo he luchado para que la equidad y el enfoque panamericano sean la solución de algunos de los problemas de salud de América, esto es, pasar de la retórica a la práctica. La equidad para mí ha sido y es importante por varias razones. En primer lugar, las naciones del mundo declararon muy solemnemente hace veinticinco años que se encontraban desconcertadas por la existente desigualdad en el estado de salud de las personas, entre los países y al interior de los mismos. Declararon que perseguirían el objetivo de salud para todos y harían de la atención primaria de salud su estrategia clave. Por supuesto que ha habido muchos escépticos pero, que yo sepa, no hay ni un solo país que haya declarado que no se adhiere a los valores que sustentan la iniciativa de salud para todos: la reducción de las diferencias de salud que, por ser injustas, evitables y no deseadas, se han dado en llamar iniquidades. El concepto de justicia social estaba muy presente en aquellas declaraciones y sigue siendo válido actualmente.

Creo que nuestro pensamiento ha avanzado mucho en sus últimos veinticinco años en cuanto a comprender lo que se quiere decir con equidad en el ámbito de la salud, y les recomiendo el libro de Timothy Evans y sus colaboradores *Collenging Inequities in Health-From Ethics to Actions*, que es un producto de la Iniciativa para la Equidad Mundial en Salud de la Fundación Rockefeller. Mi propia percepción de la equidad en cuanto a la justicia social ha evolucionado gracias a tales publicaciones y a personas como Norman Daniels, que la enmarcan en el contexto de justicia que propone John Rawls. Así presentan Daniels y sus colaboradores la esencia de la discusión:

En su obra “Teoría de la justicia” Rawls pretendió demostrar que un contrato social concebido para ser justo, para liberar y equiparar a las personas, conduciría a la igualdad de libertades básicas y a la igualdad de oportunidades, y solo permitiría las desigualdades para que a los grupos desfavorecidos les fuera lo mejor posible. Aunque Rawls hizo este planteamiento pensando en cuestiones más generales de justicia social, también proporciona un conjunto de principios para la distribución justa de los determinantes sociales de la salud.

En la medida en que la teoría contempla la igualdad de oportunidades, puede fácilmente ampliarse a las posibilidades necesarias para mantenerse la salud. La noción de igualdad en libertades básicas es también pertinente, en la medida en que la salud se ve ahora como una de las libertades básicas que forman parte integral del desarrollo humano. Rawls probablemente se refería a las libertades más clásicas, que cabría clasificar como derechos “justiciables”, pero creo que es legítimo ampliarlas a la salud.

Esta línea de pensamiento nos lleva a la conclusión de que no solo el estado o los resultados de salud son lo más importante en cuanto a las desigualdades injustas que constituyen iniquidades, sino que hay que insistir mucho más en los factores determinantes de la salud, cuya distribución es fundamental para que exista o no equidad del resultado de salud. El concepto de igualdad de oportunidades puede aplicarse precisamente a estos factores determinantes de la salud. Estas consideraciones llevaron a Daniels a afirmar que la justicia es buena para la salud. A nadie se le oculta cuáles son los principales determinantes del estado de salud y, aunque la mayoría de ellos se han ido reconociendo casi intuitivamente con el transcurso de los años, ahora se han codificado y

resultan ser, esencialmente el entorno físico y social, el comportamiento de cara a la salud y los propios servicios de salud. Es cierto que también la genética forma parte de ellos pero, al menos por el momento, no podemos influir en ella como podemos hacerlo en los otros.

Para mí, la equidad en materia de salud es fundamentalmente un tema ético moral, y no debemos negarnos a considerarlo como tal. Se acepta que la salud es esencialmente un concepto social, también condicionado por las características biológicas, pero donde el aspecto social es mucho más importante. Las desigualdades de salud que tienen un origen social son injustas e injustificadas porque representan la distribución de los recursos de la sociedad de tal manera que ciertos grupos no disponen de oportunidades o de libertades humanas básicas, como diría Amartya Sen. Esto puede parecernos esotérico a muchos de los que aquí estamos reunidos, pero somos un grupo privilegiado. Si escuchamos las voces de los pobres, como ha hecho el Banco Mundial en una serie de conmovedoras publicaciones, nos daríamos una idea de la privación de oportunidades en materia de salud que les caracteriza. Oiríamos la importancia que conceden a la salud y su criterio de que la mala salud contribuye a su empobrecimiento.

El tema de la equidad en salud no ha tenido el trato que merece porque, a mi modo de ver, generalmente la enfermedad no se considera el resultado de la mala intención de algún agente, y la salud se considera casi providencial. En general, ha habido mucha más inquietud por la distribución injusta de las oportunidades o las capacidades cuando se ha percibido que el estado ha excluido deliberadamente a sectores de la población. Genera mucho más interés la pérdida de los derechos democráticos y civiles, cuya injusticia se percibe fácilmente porque hay un agente fácilmente identificable. Y es interesante que la mayoría de las corrientes iniciales del pensamiento acerca de la equidad en el ámbito

de la salud se ocupaban de la prestación por el estado de servicios identificables y de sus deficiencias.

Existen muchos datos sobre las desigualdades relativas a estos factores determinantes de la región de las Américas. Tenemos la reputación de ser la región con distribución más desigual de los ingresos, y hay pruebas de que esta situación no está mejorando. Hay diferencias enormes del estado de salud entre ricos y pobres. Hay desigualdad geográfica, pues la población rural es en general la más desfavorecida. Hay graves diferencias del estado de salud entre grupos étnicos, y la discriminación por razón de género en el ámbito de la salud es generalizada y mucho más atroz, porque suele ser oculta, no reconocida.

Pero todo esto no debe hacernos pasar por alto que ha habido adelantos sanitarios significativos en el conjunto de la región. He visto datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que ponen de manifiesto mejoras del índice de desarrollo humano en todas las regiones del mundo. El factor que más ha contribuido a ello es, precisamente, el mejoramiento del estado de salud. Ha habido mucho menos progreso en los otros dos factores que se tienen en cuenta en la computación del índice: la medida de la riqueza y la educación.

La noble meta de la salud para todos previó la reducción de las iniquidades entre las naciones y, dentro de cada una, plantea como una interrogante interesante si podemos ampliar a escala internacional la noción de una sociedad justa. ¿Es una manifestación de iniquidad que la mortalidad materna en Haití se acerque a los 500 por 100.000 nacidos vivos, mientras en Canadá se sitúa en torno a 5? ¿Tiene que ver con la iniquidad que las tasas de mortalidad infantil en Bolivia sea cerca de 80 por 1.000 nacidos vivos mientras que en Cuba es de 6,2? Yo considero que sí. En estos dos casos es posible llegar a un mínimo básico. No me cuesta aceptar que habrá diferencias, pero es estos tiempos hay un cierto

mínimo básico que puede lograrse en todos los países. Es y debe ser posible determinar una cierta norma o nivel por debajo del cual no debe caer ningún país o colectivo.

Siempre he citado el caso de la vacunación, o más bien las enfermedades prevenidas mediante vacunación, para las cuales resulta fácil establecer la norma: ningún niño debe contraer la poliomielitis. Por desgracia, hemos sido renuentes a fijar estas normas mínimas en la mayoría de los campos de la salud, lo que comentaré más adelante. Pero un asunto importante con relación a las comparaciones que acabo de hacer es si existe una responsabilidad internacional de velar porque se alcance estos niveles mínimos entre los países. Yo creo que así es, y una de las responsabilidades de organizaciones como la OPS es llamar la atención de los países de la región sobre estas diferencias y movilizar los recursos para abordarlas, pues sabemos que pueden reducirse. A México, por supuesto, le preocupará principalmente la reducción de las iniquidades que representan las diferencias del estado de salud dentro del propio país, pero creo que también debe haber inquietud por la brecha que existe entre los países y por qué los vecinos no alcancen ciertos niveles mínimos de la salud. En este sentido, coinciden la equidad y el panamericanismo. El enfoque panamericano consiste en que los países del continente no solo se preocupen por la acción conjunta para combatir las enfermedades, sino también por su acción conjunta en ayuda de los menos afortunados.

Pero el punto focal de este trabajo son las políticas públicas que deben aplicarse para reducir la iniquidad existente. En este contexto, interpreto la política pública como las acciones del Estado que tienen repercusiones sobre la vida de sus ciudadanos. Nos resulta familiar la noción de “política pública a la salud”, que consiste esencialmente en las medidas tomadas en cada sector del Estado en pro de la salud. Conduce a la necesidad de verdaderas acciones

intersectoriales e implica que las consideraciones sanitarias estén presentes cuando otros sectores del Estado, distintos del sanitario tomen medidas que estén dentro de sus competencias habituales pero tienen repercusiones sobre la salud. Dada la amplitud de los determinantes de la salud, pocas serán las políticas sectoriales que no repercutan en la salud. Vamos a examinar algunas de las políticas que podrían promover la equidad en materia de salud.

Quizás la primera sea disponer de un marco explícito de equidad para muchas políticas del gobierno, y tener algunos indicadores firmes para la reducción de las diferencias injustas dentro de los países. Por ejemplo, los Estados Unidos han declarado asunto político que en su iniciativa “Un pueblo sano 2010” las dos metas principales son aumentar la calidad y los años de vida saludable y eliminar las disparidades de salud. El Programa Nacional de Salud de México 2001-2006 sitúa específicamente la reducción de las desigualdades como meta importante. En el mensaje del Secretario de Salud en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 declara enfáticamente lo siguiente:

“El primer reto para el sistema de salud es la **equidad**. En México se han acumulado rezagos y aún persisten dolorosas desigualdades. Una parte importante de los mexicanos sigue sufriendo los problemas del subdesarrollo: las infecciones comunes, la desnutrición, los padecimientos ligados al embarazo y el parto. Al mismo tiempo, nos enfrentamos ya a los problemas derivados del crecimiento industrial y urbano, las enfermedades del corazón, la diabetes, el cáncer, las enfermedades mentales y las adicciones, las lesiones producto de los accidentes y la violencia. Esta dualidad exige un esfuerzo sostenido para dejar atrás la gran asignatura

pendiente de nuestro desarrollo: la desigualdad social y regional”.

Se ha expresado la inquietud de que el impulso actual por reducir la pobreza pueda diluir el de reducir las brechas entre los grupos. Ambos no son intrínsecamente incompatibles, pero necesitan diferentes conjuntos de políticas. Está claro que en las situaciones de mayor desigualdad entre los grupos del sector salud, la salud promedio de la población es precaria o baja.

Es obvio que un país puede reducir la mortalidad infantil global, mientras los pobres están todavía en peor situación o, al menos, no en mejor situación. En efecto, esa es exactamente la situación en América. Durante los 40 últimos años hemos visto una reducción de la mortalidad infantil en un 60% en el continente. Pero si comparamos la mortalidad infantil entre los países más ricos y los más pobres, la razón no ha cambiado. El mejoramiento no ha dado lugar a ningún beneficio mayor para los pobres.

Por este motivo se ha propuesto que, además de abogar por una reducción de la pobreza, tiene que haber una meta concreta de reducción de la brecha entre ricos y pobres, y ha de establecerse un mínimo como indicador. Las siete metas de desarrollo internacional establecen la reducción de la pobreza como la más importante, y propugnan la reducción de la misma en 50% para el año 2015. Pero la salud, que figura en al menos en cuatro de las metas, se considera de modo general, y no en términos distributivos. Por ejemplo, en el objetivo sobre mortalidad infantil se habla de reducirla en dos tercios para el año 2015, en vez de reducir la brecha entre ricos y pobres, estableciendo un mínimo. Los datos empíricos ponen de manifiesto que se llega a resultados diferentes concentrando esfuerzos por igual en las poblaciones ricas y pobres, en lugar de concentrarse principalmente en los pobres. Dirigirse a los pobres es progresivo, pues mejorará la condición de estos, reducirá la brecha entre los ricos y pobres y mejorará el estado de salud

promedio. En los países que cuentan con un sistema federal, la dificultad consistirá en dirigir los recursos a las zonas geográficas con peores indicadores de salud porque hay más personas pobres. Yo he preferido interpretar el impulso de equidad en materia de salud para todos en términos de justicia distributiva. Mejorar la salud de todos, sí, pero prestando atención inicial y más urgente a los niveles más bajos.

Concentrarnos en la equidad también nos exige examinar la información que proporcionamos a las instancias decisorias. He dicho a veces que un país es un espacio virtual, y que debe haber datos distributivos además de promedios nacionales. Conviene recalcar que aun en los países que han logrado adelantos significativos en el estado de salud, todavía pueden detectarse desigualdades basadas en factores como la ubicación geográfica, que pueden esconder otros factores determinantes. En la OPS hemos dedicado mucho esfuerzo a ayudar a los países a producir datos sanitarios desglosados al menos por región geográfica. En esto se centran nuestros esfuerzos por promover los sistemas de información geográfica en salud que, entre otras virtudes, permiten “identificar las zonas geográficas y los grupos de población con mayores necesidades de salud, y determinar posibles soluciones al analizar variables múltiples”.

Gran parte de la discusión sobre las políticas macroeconómicas que abordan la corrección de la inequidad en salud se ha centrado en la hipótesis de que la desigualdad de ingresos guarda una estrecha relación con los resultados de salud. Se ha sostenido que los países con mayor desigualdad tienen peor estado de salud. Este punto de vista se ha criticado recientemente, y se ponen en duda las propuestas acerca de la distribución de los ingresos como enfoque de política para mejorar la salud o reducir las desigualdades en la misma. Las políticas para la redistribución del ingreso son muy complejas y están más allá del alcance de cualquier análisis o propuesta que yo pueda hacer

en este medio. Sin embargo, lo cierto es que los pobres tienen peor salud y hay datos firmes que demuestran la gran carga de morbilidad que recae en ellos y el hecho de que la enfermedad contribuye a la pobreza. Además, la enfermedad puede impedir a los pobres escapar de la trampa de pobreza en la que pueden caer.

Pero hay otras áreas en las cuales las orientaciones políticas pueden ser determinantes, tanto para la salud como para la reducción de las inequidades en salud. Un ejemplo de ello es el cambio de comportamiento personal como resultado de la política pública con respecto al tabaquismo. La promoción enérgica del tabaco en los países más pobres del mundo provocará una carga desproporcionada de enfermedad que, a su vez, contribuirá a que persista o empeore la pobreza. Ha quedado bien patente que instrumentos de política, como los impuestos sobre los cigarrillos, pueden hacer que disminuya el consumo. De igual manera, prohibir o restringir la publicidad y prohibir la venta de cigarrillos a los menores son también instrumentos de los que pueden hacer uso los gobiernos que quieran favorecer la adopción de prácticas saludables.

También puede optarse por diversas orientaciones políticas en campos como la nutrición y el desarrollo del niño en la primera infancia. Hay datos según los cuales los programas de desarrollo del niño en la primera infancia conducen a una mayor capacidad de ganarse la vida de adulto. Han despertado mi curiosidad recientes estudios de Guatemala, donde se procedió al seguimiento de una cohorte de niños durante más de 20 años y se ha demostrado convincentemente la repercusión de la alimentación de los niños pequeños en la capacidad de ganarse la vida de adulto. Ha podido demostrarse que los niños cuyas ingestas calóricas fueron mayores en los 36 primeros meses de vida, al cabo de veinte años tenían mayores ingresos y era menos probable que vivieran de la beneficencia. Es fácil ver las implicaciones políticas de estos datos: brindar una nutrición adecuada a los niños no es solo una

cuestión humanitaria. Es obvio que los niños que se nutren mejor tienen mayor probabilidad de aprender más, y uno de los postulados tempranos de la salud como inversión fue que la buena salud a lo largo de la vida originó mayores rendimientos que la inversión en educación.

En la medida en que los servicios sanitarios representan uno de los factores determinantes de la salud, y que su organización es un asunto de política pública, se ha prestado mucha atención a la equidad de esos servicios. Hay esencialmente tres conjuntos de obstáculos para lograr la equidad en este rubro: geográficos, culturales o de actitud y financieros. A veces se supone que por barreras geográficas solo cabe entender urbano frente a rural, pero en las grandes urbes también hay dificultad de acceso a la atención sanitaria. Las barreras culturales, particularmente en lo que se refiere a la ausencia de modelos de atención que cuenten con un enfoque intercultural para responder adecuadamente a las necesidades de la población indígena de nuestro continente, constituyen una determinante fundamental de las iniquidades en el acceso a los servicios de salud.

El aspecto financiero ha dominado el pensamiento sobre la equidad de la accesibilidad a los servicios, y hay varias descripciones de las variaciones existentes en las Américas. Los sistemas fragmentados de salud, con su acceso compartimentado, ligado a las fuentes y mecanismos de financiamiento, han creado una segmentación desigual de la población en lo concerniente a su cobertura por los servicios de salud. Además, la magnitud de los gastos directos de bolsillo en salud, así como las pronunciadas iniquidades en la distribución de la carga financiera entre los distintos quintiles de la población producen brechas aun mayores en el acceso a la provisión de servicios de atención a la salud. Siempre me ha fascinado el sistema mexicano con su contribución tripartita a la seguridad social para la cuestión de la cobertura. También me impresionan los datos mostrados por

el Secretario de Salud sobre las desigualdades que persisten. Estamos observando con gran interés la repercusión de la seguridad universal que se ha introducido para reducir las desigualdades en el acceso a los servicios. Haciendo referencia otra vez al Programa Nacional de Salud 2001-2006, en él se plasman concretamente los valores y principios del sistema nacional de salud, a saber: justicia, autonomía y corresponsabilidad social. Además, esos valores tomarán cuerpo en tres principios rectores que son la ciudadanía, la solidaridad y el pluralismo. El plan menciona lo siguiente:

“En el año 2025 todo mexicano tendrá acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. Este seguro, a su vez, le garantizará el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud.

En la búsqueda de mejores condiciones de salud para todos los mexicanos, se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud que pudieran existir entre los diferentes subgrupos de la población.”

El concepto de protección social se elaboró para abordar el aspecto más amplio de garantizar que todos los miembros de la sociedad estén protegidos frente a los riesgos para la salud a los cuales son vulnerables, o para que tengan acceso a la debida atención sanitaria cuando surjan dichos riesgos. Nora Lustig, en su libro *Shielding the Poor*, describe la necesidad de protección social que reduce la vulnerabilidad de los pobres mediante medidas para reducir las repercusiones de los choques o para mitigarlos. La protección social también pretende mejorar la equidad, velando porque los pobres no se vean

desproporcionadamente expuestos o dañados por los choques adversos. Aunque esta autora se centra esencialmente en los ingresos, el concepto se ha extendido a la salud, y está prestándose atención a los medios para medir la protección social. Creo que el Dr. Daniel López Acuña ha tratado los conceptos de protección social en salud, los desafíos a los que nos enfrentamos en la región de las Américas para extenderla, particularmente al sector informal, y los mecanismos para evitar la exclusión social en el ámbito de la salud.

Una de las deficiencias que a menudo he sentido al abordar las opciones de política disponible para la salud es la falta de alguna sencilla palanca de política que pueda manipularse para mejorar la salud, en lugar de prevenir la enfermedad. Soy más consciente de ello cuando abordo el papel decisivo que la salud puede desempeñar para mejorar otros aspectos del desarrollo humano, y envidio a mis colegas de la educación que manifiestan claramente que los años de escolaridad representan una herramienta de política sencilla pero potente. Conocemos, por ejemplo, la estrecha relación entre los años de escolaridad de las mujeres jóvenes y la salud infantil. Una de las mediciones de la inversión en educación es el grado en que aumentan los años de escolaridad: puede demostrarse que hay rendimientos económicos proporcionales al aumento de los años de escolaridad. En el ámbito de la salud no existe una palanca de política tan sencilla. Los indicadores tradicionales de la mortalidad y la morbilidad no son adecuados en este sentido. No es solo curando las enfermedades como un país aumenta su crecimiento económico, sino también teniendo una población sana, y el modo de garantizar esto es un coctel complejo, con muchos ingredientes.

Aun siendo entusiastas respecto de la equidad en el ámbito de la salud y de que su negación es una manifestación de injusticia social, soy consciente de las limitaciones del sector sanitario para hacer los ajustes necesarios, y de que la solución no es

solo burocrática. Siempre recuerdo la prudencia de que hizo gala Víctor Fuchs en su libro *Will I Shall Live?*, que trata de la salud, la economía y las opciones sociales. Señala la cruda realidad de la escasez de recursos y, al considerar la necesidad de optar, alude a un enfoque idealista y a otro puramente técnico. El idealista no reconoce la escasez de recursos y culpa de ella a algún agente extraño al sistema. El idealista confunde el mundo real con el paraíso terrenal. El enfoque puramente técnico es el más frecuente entre los médicos y los profesionales de una tecnología particular. No reconoce el vasto alcance de los deseos humanos. Fuchs escribe “En la medida en que el técnico no reconoce exigencias antagónicas o la divergencia entre sus prioridades y las de otras personas, su consejo probablemente no convenga para la política social”. Espero que podamos evitar esto. En la OPS insistimos en la equidad, apreciando la variedad de aportes necesarios para una salud mejor y las opciones que la sociedad tiene que tomar entre mejor salud y otras metas humanas loables. Pero yo reiteraría que, en la medida en que la salud se encuentre al menos en situación de igualdad con otros elementos esenciales para que las personas puedan optar y realizar sus capacidades, debemos seguir promoviendo el punto de vista de que “salud demorada es justicia negada”.

No puedo concluir sin hacer referencia a un hito importante para la OPS. Este año celebramos nuestro centenario, lo cual es un momento propicio para reflexionar sobre nuestros orígenes y sobre la pertinencia de nuestras prácticas actuales para los problemas de nuestros países. En el momento de la fundación, hace 100 años, el principal motivo de preocupación de los países de las Américas eran las enfermedades infecciosas. Recordemos que fue en la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en México de octubre de 1901 a enero de 1902, donde se dio el mandato para que naciera una organización como la nuestra, creada formalmente en diciembre de 1902. Los tiempos han cambiado, y nuestros

países son cada vez más conscientes de la creciente internacionalización y transnacionalización de los riesgos para la salud, que van más allá de las enfermedades infecciosas. Habrá aún mayor necesidad de una organización como la nuestra.

Concluyo citando a Peter y Evans en la frase final de su capítulo del libro *Challenging Inequities in Health* en el cual se refieren a “un marco ético mundial para evaluar las desigualdades de salud”. Dicen que “tal marco tendría que abordar al alcance adecuado de tales evaluaciones y señalar las instituciones internacionales que pueden promover un discurso abarcador sobre la equidad en el ámbito de la salud”. Yo he tratado de promover este discurso y espero que nuestra Organización, su Organización, la Organización Panamericana de la Salud, en el próximo siglo de su existencia sabrá seguir proporcionando exactamente esa clase de servicio a los países americanos. Nuestros pueblos lo merecen.

