

La Nueva Dimensión de la Salud

Por el Dr. Abraham Horwitz, Director, Oficina Sanitaria Panamericana—De su introducción al Informe Cuadrienal del Director, 1962-1965.

El período 1962-1965 de la vida de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en las Américas se caracteriza por decisiones políticas de trascendencia continental, por la consolidación de los conceptos que a ellas se refieren y por una serie de realizaciones cuya magnitud se revela en los indicadores del estado de salud de los habitantes de las Américas. El todo es la obra de los Gobiernos, con la colaboración internacional cuando aquellos la han estimado necesaria. Se trata de esferas de acción interdependientes y que son parte, a la vez, del proceso de desarrollo económico y social. Su análisis permite mostrar las ideas que originaron dichas decisiones y las que derivaron de ellas, los métodos empleados y los progresos en los programas de protección, fomento y reparación de la salud.

El ideario de la Carta de Punta del Este, suscrita el 17 de agosto de 1961, se ha transformado en el período de tiempo que examinamos, en realidades concretas de bienestar. En un lapso muy breve se ha producido un despertar de las conciencias hacia el bien común, preludio indispensable para toda acción sistemática en una empresa tan vasta, de tanta complejidad y que afecta a millones de seres humanos. Medir sus efectos exclusivamente según las obras realizadas, y así criticarla, es ignorar la esencia de todo el proceso seguido y las influencias negativas que limitan o hacen lento el desarrollo. Destacar la voluntad de pueblos y Gobiernos, la larga serie de actividades conducentes a un progreso continuado, reconociendo las vicisitudes que viven las Américas, es proceder racionalmente y contribuir con opiniones positivas al esfuerzo continental. Es evidente que entre los propósitos y su puesta en práctica media una etapa tanto más larga cuanto menos definidas son las intenciones y cuanto más débiles son las estructuras y su administración. No obstante, en el campo de la salud se han hecho avances evidentes hacia la consecución de los objetivos de la Alianza para el Progreso, tal como los define el Título Primero de la Carta de Punta del Este. Esta contiene también el Plan Decenal de Salud Pública¹ en el cual dichas metas se expresan en términos explícitos para alcanzarlos a corto y a largo plazo.

Cabe recordar aquí que, de acuerdo con lo estatuido en la Resolución A.4 de la Carta, se celebró en Washington, en abril de 1963, la Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio,² para analizar la factibilidad de dicho Plan Decenal. El mismo fue estudiado en sus fines intrínsecos y en sus proyecciones dentro del proceso general de desarrollo al que han resuelto dedicarse las Américas con intensidad creciente. Al sintetizar su labor dijeron los Ministros: "A la luz de la Carta de Punta del Este, hemos analizado la salud en las Américas como un problema técnico, social, económico, jurídico y cultural. Se han considerado los

¹ Resolución A.2. Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 30-32.

² Véase Documento Oficial de la OPS 51.

importantes avances alcanzados, definido los problemas actuales y seleccionado aquellos que tienen prioridad. Hemos establecido un grupo de medidas de orden práctico para llevar a cabo los objetivos en salud de la Carta. Su cumplimiento se traducirá en un mejor bienestar; la inoperancia, en cambio, acaso conduzca al desaliento o a la frustración".³ Llegaron así a la conclusión de que el Plan Decenal de Salud puede llevarse a cabo siempre que se integren en forma racional sus objetivos con el resto de las metas que nuestros países se proponen alcanzar. En proyección histórica, hay que destacar que la oportunidad recordada fue, en este siglo, la primera vez que expertos en salud resolvieron proceder de una manera sistemática y medible hacia la solución de problemas algunos de ellos, de extensión continental--que afectan el bienestar y desarrollo de los países de nuestro Continente.

En la misma ocasión citada, prosiguieron diciendo los Ministros de Salud: "De acuerdo con las informaciones disponibles, prevalecen en la América Latina las infecciones agudas y crónicas, la desnutrición, el saneamiento deficiente, la vivienda y condiciones de trabajo insalubres, la ignorancia, el bajo ingreso real de cada persona. Estos factores en conjunto producen una morbilidad general exagerada; una elevada mortalidad infantil y de los menores de 5 años--más del 40% del total de defunciones--y un curso accidentado del embarazo, parto y lactancia en las madres, lo que se traduce en la limitación de la expectativa de vida al nacer. Son ellos responsables también de la escasa capacidad de los escolares, del rendimiento limitado de las fuerzas del trabajo; además, de un sentimiento de pesimismo frente a la vida. Estos problemas de salud tienen distinta distribución de uno a otro país, en el seno de cada uno de ellos y en el medio urbano y rural."⁴

Decíamos que en el período cuatrienal que comentamos se han tomado decisiones políticas de trascendencia, cuya expresión más conspicua es la Carta de Punta del Este. Hemos visto cómo los responsables de la salud, entendida como un servicio social en las Américas, tradujeron los objetivos en técnicas y procedimientos de aplicación práctica. Sus ideas y recomendaciones están hoy incorporadas a la acción de la Organización Panamericana de la Salud en virtud de la Resolución XXXII⁵ de la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Las hizo suyas igualmente el Consejo Interamericano Económico y Social en su Segunda Reunión Anual a Nivel de Expertos.⁶

Ha habido en el mismo curso de tiempo una evolución y consolidación de conceptos y principios sobre la salud en sus relaciones con el desarrollo. No se discute que ya la salud representa para cada ser humano un bien en sí misma, y que es la verdadera infraestructura de la felicidad tal y como él la siente. Como proceso colectivo, vale decir, social, requiere de la organización de servicios para los cuales hay que destinar una cierta proporción del ingreso nacional. No hay consenso respecto a si estos fondos corresponden a bienes de capital o de consumo, o si representan una inversión o un gasto. Aceptar esta última tesis es dudar del impacto económico que tienen, a través de la fuerza del trabajo, la muerte, la enfermedad y la incapacidad. Como lo ha señalado Schultz, en los

³ *Ibid.*, pág. 14 ⁴ *Ibid.*, pág. 6 ⁵ Documento Oficial de la OPS 54, 26-27.

⁶ Documento Oficial de la OEA, Ser. II/X.A (esp.), Resolución A 21/E63, CD.S/510, pág. 39

países tecnológicamente avanzados, la producción ha aumentado a una tasa muy superior a la que corresponde a las inversiones de capital y a los incrementos de la mano de obra, sea intelectual o manual. Una explicación plausible es el mejoramiento de la calidad del trabajo de cada persona, mejoramiento que se debe, entre otras causas, a la salud y a la educación. No contamos aún con un cuerpo de doctrina, científicamente fundado—una verdadera teoría económica de la salud—que permita explicar cualquier fenómeno que relacione estas disciplinas. No obstante, puede aceptarse que la salud contribuye en forma directa al desarrollo económico y social, porque prolonga la vida y aumenta la productividad; o en forma indirecta, porque facilita la explotación de los recursos naturales al reducir o eliminar factores desfavorables del ambiente físico. El saneamiento general, la provisión de agua potable, el control de la contaminación del aire y del agua, la erradicación de la malaria, son ejemplos evidentes de la influencia de la salud en el desarrollo. “Mucho de lo que llamamos consumo constituye una inversión en capital humano. Los gastos directos en educación, salud y migración interna para aprovechar mejores oportunidades de trabajo son ejemplos claros. . . . El uso del tiempo libre para mejorar las habilidades y el conocimiento es frecuente y tampoco se registra. De estas y otras maneras similares puede mejorarse grandemente la calidad del esfuerzo humano y aumentar su productividad. Afirmaré que tales inversiones en capital humano explican la mayor parte del incremento impresionante en el ingreso real de cada trabajador.”

No quisiéramos que las ideas enunciadas se interpretaran como una negación de la imagen espiritual de la salud y de los seres humanos, entendiéndolos a la vez como protagonistas y como beneficiarios del desarrollo. Muy por el contrario, no concebimos un sistema económico que no tenga finalidades humanitarias, que no esté guiado hacia el bienestar, con la debida consideración al bien común. Es más: no creemos que el ingreso nacional sea un indicador absoluto del bienestar y que por sí solo determine el carácter de una sociedad. Porque éste está condicionado por la cultura, en la acepción antropológica del término, y se refleja en el modo de vivir de personas, familias y comunidades. El flujo de los bienes y servicios sólo revela algunas de las características de una sociedad, así como su estado de desarrollo, pero no es todo porque restan, como se ha dicho, bienes no directamente medibles, probablemente no reproducibles, que contribuyen a la riqueza actual y potencial de los individuos y de las colectividades. Entre estos bienes está la salud.

Existe en el Continente un grave desequilibrio entre los conocimientos para prevenir y curar las enfermedades y su aplicación, lo que pone de manifiesto la desproporción entre las necesidades y los recursos. Por otra parte, el avance social ha dado a algunos problemas características tales que justifican la inversión de capital exterior para su solución. Son aquellos que por su magnitud y trascendencia son de importancia para la economía. Es precisamente en esta esfera donde el Banco Interamericano de Desarrollo ha contribuido de una manera extraordinaria al bienestar social y permitido, a la vez, reunir una experiencia valiosa para construir una verdadera política de inversiones en materia de salud. En el breve lapso de seis años ha facilitado la transformación de aspira-

*Schultz, Theodore W., “Investment in Human Capital”. *American Economic Review*, pág. 1, marzo de 1961.

ciones largamente sentidas en realidades tangibles. A más de ser el Banco Interamericano de Desarrollo el de la integración económica con su corolario, la interdependencia continental, y el banco de la educación superior, o más bien de la Universidad, lo consideramos también como el banco de la salud. Pensamos que esta actividad multidisciplinaria simboliza la integridad del desarrollo, del cual creemos que forma parte, como hemos dicho, la prevención de las enfermedades, la prolongación de la vida y el fomento de la salud, propósitos en los que se basa la labor de la Organización.

Esta nueva dimensión de la salud en el contexto del desarrollo económico y social se ha visto reafirmada por la Década del Desarrollo de las Naciones Unidas y por la Carta de Punta del Este dentro del Sistema Interamericano. Los órganos de este último, y en especial el Consejo Interamericano Económico y Social, en Reuniones al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial, lo han confirmado en años recientes por medio de resoluciones sobre problemas de trascendencia continental. Basta citar la erradicación de la malaria, la provisión de agua potable, el bienestar rural, el control de la fiebre aftosa, entre otros. Desde el comienzo de la actuación del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, se ha incorporado la función salud al análisis de las inversiones, tanto de recursos nacionales como de capital exterior para el desarrollo. Gracias a su interés, por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento han incluido en su política crediticia préstamos para inmunizaciones sistemáticas contra la fiebre aftosa.

Algunos de los acontecimientos del período 1962-1965 han afectado muy directa y favorablemente la vida de la Organización, porque las decisiones políticas han permitido consolidar una concepción moderna de la salud —cuya dimensión ha sobrepasado con mucho su marco exclusivamente biológico— y han facilitado una ampliación de las oportunidades y realizaciones. La mención detallada de estas últimas se encontrará en el *Informe Cuadrienal del Director, 1962-1965*⁸, en la publicación denominada *Condiciones de salud en las Américas, 1961-1964*⁹ y en una tercera que hemos titulado *Hechos que revelan progreso —Metas de salud en la Carta de Punta del Este*,¹⁰ reunida para que sirviera de informe a las Cuartas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social (Buenos Aires, 1966). Los datos que se presentan en esta última publicación corresponden al estado de cada problema o actividad, al cumplirse cinco años desde la firma de la Carta de Punta del Este.

En los documentos citados se encontrará amplia evidencia de los progresos realizados en esta gran obra continental durante el cuatrienio. Como se ha dicho, el denominador común de las numerosísimas acciones que esta labor cubre es el de una coordinación cada vez más estrecha entre la salud y los demás componentes del desarrollo económico y social. Es decir, lo verdaderamente nuevo, y que esperamos sea perdurable, reside en ver la salud en una nueva dimensión. Los logros alcanzados en esa dirección pertenecen a los Gobiernos del Hemisferio, a las organizaciones internacionales y a los hombres de buena voluntad que, en los cuatro rumbos del Continente, han puesto su esfuerzo al servicio de esta empresa de bien común.

⁸ Documento Oficial de la OPS 72.

⁹ Publicación Científica de la OPS 138.

¹⁰ Publicaciones Varías de la OPS 81.