

George A. O. Alleyne
Director, OPS ·
15 de abril de 2000

LA SALUD Y EL DESARROLLO ECONÓMICO EN LAS AMÉRICAS
(Iguazú, Argentina)**

Sr. Presidente, señoras y señores. Constituye un honor, tanto para mí como para la Organización Panamericana de la Salud, el haber recibido una invitación para dirigirme a tan distinguido grupo de economistas. No pueden imaginarse cuánto me complace observar que los temas sobre salud ocupen un lugar tan prominente en los círculos económicos. Mi propósito en esta ocasión no es formular una nueva teoría para el mejoramiento de la salud, sino presentarles un panorama del avance de la salud en las Américas y vincular ese panorama a la situación económica real y posible en la Región. Trataré de mostrarles cómo contribuye la salud al desarrollo económico y mencionaré de paso la manera cómo las actuales fórmulas para el desarrollo económico inciden en los resultados de salud. Ante todo, permítanme decirles que consideraré que el desarrollo económico va muy ligado al crecimiento económico y no ahondaré en las sutilezas del crecimiento con o sin distribución equitativa.

En razón de que nuestro fuerte es la salud y la cooperación con los países miembros para mejorar esa salud, empezaré por describir la situación sanitaria en las Américas y los factores que repercuten sobre ella. Uno de los primeros problemas que se plantea siempre a nuestra disciplina es el de la medición de la salud. Esto se torna más y más pertinente cuando estamos tratando de medir el impacto de una u otra política pública sobre la salud. Tengo que reconocer que siento algo de envidia de esas personas que han analizado ese otro componente fundamental del capital humano –la educación. Hay trabajos empíricos muy convincentes que muestran que el número de años de escolaridad es un buen indicador del nivel o los logros obtenidos en educación, pero no hay nada similar cuando se trata de la salud. Es fácil agrupar a las personas de acuerdo a los años que hayan estudiado o a las diferentes etapas cumplidas en su formación, por ejemplo, escuela primaria, escuela secundaria y universidad. Sin embargo, en el ámbito de la salud es muy difícil clasificar o agrupar a las personas de acuerdo a lo que hayan aportado para alcanzar cierto grado de salud.

Strauss y Thomas, quienes recientemente examinaron algunos posibles indicadores de salud, señalan que las evaluaciones clínicas del estado de salud tal como se realizan en las encuestas para el estudio nacional sobre salud y nutrición de los Estados Unidos, son demasiado costosas y complicadas para las encuestas. Sería imposible repetirlas para hacer comparaciones entre los países. La autoevaluación del estado general de salud es otro de los indicadores utilizados, pero este no es fiable debido a que se refiere a la misma persona que hace la

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

** **Presentada en la X Jornadas Nacionales, IX Internacionales y I Congreso Americano de Economía de la Salud, 15 de abril de 2000, Iguazú, Argentina.**

evaluación y además es reflejo de los valores y las normas culturales que determinan lo que se percibe como el estado de buena salud. La morbilidad y el funcionamiento físico notificados por el paciente mismo también generan información utilizada en las encuestas. Por largos años se han venido utilizando los indicadores basados en la nutrición, y la antropometría aporta información valiosa sobre el estado nutricional anterior y, por ende, supuestamente sobre la salud. Estos últimos indicadores tienen la virtud de no tener prácticamente ningún error de medición y, por cierto, se han correlacionado bien con variables económicas, como por ejemplo, el ingreso. La salud es multidimensional y se ha tenido que confiar más a menudo en medidas de los factores determinantes de la salud y de los resultados de salud, aduciendo que los datos sobre morbilidad y mortalidad son reflejo del resultado de salud. Tal vez sea un intento vano tratar de captar y encasillar en un indicador único o grupo de indicadores todo lo que está representado por un estado del ser como la salud, pero ese enfoque no nos llevará muy lejos si estamos tratando de justificar o proponer algunos cambios en la política pública que puedan influir en la salud.

La OPS ha hecho innumerables esfuerzos a lo largo de los años para adquirir información sobre salud y promover su utilización, por eso nos sentimos cada vez más complacidos al observar las actividades emprendidas por los países con miras a recopilar y analizar datos básicos o indicadores básicos de salud. Empezaré por citar algunos datos demográficos. La población de las Américas asciende ahora a unos 825 millones de personas y ha aumentado en 34% en los últimos veinte años, registrándose el mayor aumento poblacional --43% en América Latina y el Caribe. Este aumento de la población, al que nos referiremos más adelante, está acompañado por una disminución en la tasa anual de crecimiento. Tanto la tasa bruta de natalidad como la tasa de fecundidad están bajando y esta última se sitúa actualmente en aproximadamente 2,4 hijos por mujer. El proceso de urbanización que lleva consigo todo un complejo de males sociales está aumentando en toda América.

La esperanza de vida está aumentando constantemente en todos los países y durante los últimos 15 años el promedio para la Región ha pasado de 69,2 a 72,4 años. En Bolivia, por ejemplo, la esperanza de vida era de 40,4 hace cincuenta años y ahora es de 62,2 años. La tasa de mortalidad infantil, que es un buen indicador de la amplitud de la cobertura de los servicios de salud, ha bajado en un tercio en los últimos 15 años para situarse en 25 por 1 000 nacidos vivos.

El modelo de morbilidad y mortalidad ha cambiado y la característica más notable es la reducción de la mortalidad debida las enfermedades transmisibles en general. El riesgo de morir de una enfermedad transmisible se ha reducido en casi 50% en los últimos 15 años. Esto es particularmente impresionante en el caso de los niños ya que el número de defunciones causadas por enfermedades infecciosas comunes, tales como la diarrea y las infecciones respiratorias, ha bajado drásticamente. Sin embargo, estos resultados no son todo lo halagadores que podrían parecer ya que sabemos que hay algunas enfermedades infecciosas que todavía nos afectan enormemente. Unos 39 millones de personas viven en zonas donde la malaria es endémica y el nuevo flagelo del SIDA es un problema serio. Los países del Caribe, considerados en conjunto, tienen tasas de prevalencia superadas solamente por las registradas en África. En vista de que los medicamentos utilizados en América del Norte para tratar a los pacientes con SIDA son tan costosos, las perspectivas de que los países de América Latina y el Caribe emulen la reducción en la mortalidad registrada en América del Norte son, en verdad, muy remotas. Otra enfermedad

infecciosa que está ocasionando problemas graves es la tuberculosis, ya que anualmente se notifican unos 250 mil casos nuevos.

A pesar de estas amenazas, es justo reconocer que el estado de salud de la población de las Américas está mejorando. La tasa de mejoramiento no es uniforme y todavía hay diferencias injustificables en el estado de salud entre los países y dentro de ellos, pero el modelo general demuestra progreso. Las causas de estas mejoras son muchas y pueden observarse en los cambios en lo que se conoce como los factores determinantes de la salud. Por ejemplo, hay mejoras en el saneamiento ambiental y, a pesar del brote de cólera en 1991, que fue una indicación de las deficiencias del sistema, la cantidad y la calidad del agua han mejorado. El agua potable actualmente está al alcance de 80% de la población, aunque cabe reconocer que subsisten muchas diferencias, especialmente en relación con la población rural frente a la urbana, ya que esta última está mejor atendida. Volveremos a hablar del gasto, pero baste decir por ahora que los países de las Américas han aumentado el porcentaje del PIB gastado en salud a una cifra de aproximadamente 9,5%.

Los servicios de salud todavía dejan mucho que desear, y es difícil opinar rotundamente acerca del aspecto crítico de la cobertura porque diferentes indicadores dan diferentes resultados. La cobertura de inmunización para las vacunas estándar es de aproximadamente 90% y ha conducido a la erradicación exitosa de la poliomielitis y a la inminente erradicación del sarampión. Pero otras medidas de la cobertura, tales como el uso de anticonceptivos o la atención perinatal, muestran marcadas deficiencias. También ha quedado claro que la simple prestación de servicios no basta, ya que la accesibilidad es tanto una función de los servicios como de la población potencial de usuarios. El uso de los servicios por las comunidades pobres suele ser muy bajo, no solo por razones geográficas, sino debido a los costos relativamente altos para acudir a ellos. Por lo tanto, desconfío de los datos que citan el número de personas que no gozan de cobertura. Menciono el mejoramiento de los servicios como factor contribuyente al mejoramiento de la salud, sin perjuicio de cualquier discusión o debate en cuanto a la función que desempeñan dichos servicios en el mejoramiento de la salud en general, o en mejorar la distribución de esta dentro de la población.

Las mejoras en los indicadores de salud también se deben a la disponibilidad de la tecnología adecuada y a algunos planes innovadores para lograr su aplicación. Actualmente las vacunas se consiguen fácilmente y se utilizan ampliamente. La disminución en los costos y la garantía de calidad han sido posibles en América Latina y el Caribe gracias al Fondo Rotatorio para la compra de vacunas, que desde hace veinte años ha venido funcionando en la OPS.

Permítanme volver al tema de la situación económica en las Américas, y me refiero principalmente a los países de América Latina y el Caribe. Para ello me apoyaré en los datos preparados por instituciones como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El informe de la CEPAL sobre el panorama social de América Latina correspondiente a 1998 se refería en detalle a la pobreza, que está vinculada estrechamente a los resultados económicos. La pobreza ha disminuido en casi todos los países de América Latina en los últimos años y en 1997 el porcentaje de familias pobres era de 36% en comparación con 41% en 1990. El número de pobres parece haber permanecido estable —en aproximadamente 200 millones—pero el hecho importante digno de

resaltar es que esta cifra sea prácticamente igual a la de 1980. Por lo tanto, la Región está a punto de volver a la misma situación que tenía antes de la gran crisis económica de los años ochenta. La pobreza es en gran medida un fenómeno urbano y va unida al deterioro social que se refleja en el recrudecimiento de la criminalidad en las ciudades.

En países como Chile, donde ha ocurrido recientemente un impresionante crecimiento económico, se observa la mayor reducción en la pobreza. Obviamente, no fue únicamente el crecimiento económico lo que tuvo repercusiones sobre la pobreza, sino la naturaleza del crecimiento y el tipo de empleo que generaba. Si el empleo se sitúa en entornos de bajos niveles salariales entonces habrá solamente cambios mínimos en la situación de pobreza. Es evidente que en Chile y en el Brasil el aumento del número de empleos influyó en la reducción de la pobreza.

Me impresionaron los datos sobre la distribución del ingreso, dado que esta Región tiene el peor modelo de distribución de los ingresos. En general, la mala distribución de los ingresos ha sido constante a lo largo del decenio y el crecimiento económico no guarda relación con la distribución del ingreso. En la Argentina, por ejemplo, que registró un marcado aumento en el ingreso per cápita, empeoró la distribución del ingreso. Las economías de los noventa se caracterizaron por un aumento en el gasto social, y casi la mitad de este gasto correspondió a la educación y a la salud.

Con todo, los últimos dos años del decenio son dignos de mención debido al temor de que la crisis económica ocurrida en Asia tuviese efectos desastrosos sobre las economías de América Latina y el Caribe, siendo Brasil el principal motivo de preocupación. El informe de la CEPAL, correspondiente a 1999, ponía de relieve el efecto de la crisis internacional y señalaba que las transferencias netas a la Región habían sido negativas por primera vez en el decenio. Hubo diferencias dentro de la Región ya que México, América Central y el Caribe mostraron tasas de crecimiento positivas, aunque modestas, mientras que los problemas se observaban principalmente en América del Sur. Sin embargo, algunos hechos recientes indican hasta qué punto la prudencia fiscal evitó un desastre económico y, actualmente, Brasil parece encontrarse en la ruta hacia el crecimiento económico. En un comentario recientemente publicado en la revista *The Economist*, cuyo llamativo título era “¿Llegó el carnaval otra vez a América Latina?”, se planteaba un escenario económico muy alentador y se afirmaba que actualmente las economías se estaban recuperando.

Es obvio que estos cambios repentinos en el desempeño económico no pueden deberse a cambios en los indicadores de salud. Son demasiado acelerados. La pregunta más importante es hasta qué punto la salud de la población podrá contribuir al mantenimiento del crecimiento económico. Cabe señalar que lo contrario también es cierto, los cambios acelerados en la situación económica de los países no suelen reflejarse en cambios equivalentes en la situación sanitaria. En ambos casos hay un período de rezago. Es evidente que las graves crisis económicas de los años ochenta no se reflejaron en cambios en los indicadores tradicionales de salud, al menos durante los primeros años del decenio.

Ahora viene la pregunta central: ¿Cuáles son las posibles funciones de la salud en generar el crecimiento económico de los países o en contribuir a lograrlo? Este se ha convertido

ahora en un tema de interés para muchos economistas preocupados por el crecimiento y a veces me pregunto por qué ha hecho falta tanto tiempo para que se reconociera la importancia de estas funciones, puesto que desde hace años sabemos que la pobreza y la salud están vinculadas, en el sentido de que los pobres tienen más problemas de salud. También se ha sabido desde los tiempos de Chadwick y Shattuck que si se eliminaran las condiciones sanitarias insalubres que afectan a los pobres, aumentaría su productividad. Tal vez, si bien era obvio que la pobreza causaba mala salud, estaba menos claro que la mala salud podía ser causante de pobreza. El concepto de que el crecimiento económico es la mejor forma de reducir la pobreza es estándar y en un artículo sobre crecimiento y pobreza, publicado en *The Economist* se dice lo siguiente: “Entender el crecimiento es, a todas luces, la tarea más urgente en el terreno de la economía. En todo el mundo, la pobreza sigue siendo la principal causa de sufrimiento; y la forma más segura de eliminar la pobreza es el crecimiento económico.”

Como ya les he indicado, se sabe desde hace más de un siglo que la pobreza y las malas condiciones sociales contribuyen a la mala salud. Mencioné los nombres de Chadwick en Gran Bretaña y de Shattuck en los Estados Unidos e incluiría a los pioneros de la revolución social en Alemania, como Virchow, quien demostró claramente la relación de la pobreza con la mala salud. Otros cálculos más recientes muestran que a medida que aumenta el ingreso, la esperanza de vida también aumenta y las tasas de mortalidad infantil decrecen. También ha quedado demostrado que esta asociación es más marcada a niveles más bajos de ingresos y mucho más leve en los países más ricos. Además, se está comprobando que no es solo el ingreso absoluto lo que importa, sino que es la distribución de ese ingreso en una sociedad la que tiene un profundo impacto sobre los indicadores de salud. No se trata solamente de pobreza o riqueza, sino que son la pobreza o la riqueza relativas las que inciden en la determinación de los resultados de salud. Ya no se pone en duda que no se trata únicamente de pobreza o riqueza; se reconoce que hay gradientes de clase social que suponen gradientes de ingreso que influyen en los resultados de la salud y parece que ha sido imposible reducir o eliminar esos gradientes. Aun entre los que no son pobres hay gradientes de clase y de ingreso que se reflejan en el estado de salud. El crecimiento económico, en la medida en que no reduce esos gradientes, no será lo más eficaz para mejorar la salud de la población.

Uno de los principales estudiosos del crecimiento económico –Roberto Barró nos ha esclarecido considerablemente al expresar las razones para el crecimiento económico y la naturaleza de la convergencia. A partir de su análisis de los resultados económicos de unos 100 países, desde 1960 hasta 1990, propuso un número de variables que influyen en la tasa de crecimiento del PIB real per cápita.

“La tasa de crecimiento tiende a ser más alta si el gobierno protege los derechos de propiedad, mantiene el libre mercado y gasta poco en el consumo no productivo. También son útiles altos niveles de capital humano en las formas de educación y salud, tasas bajas de fecundidad y mejoras en las condiciones del comercio con otros países.”

El hecho que sorprende a muchos economistas es la magnitud del efecto de la salud sobre el crecimiento económico.

La tesis de invertir en la gente se había elaborado detalladamente en el Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1991, en el cual figuraba de manera prominente el mejoramiento de la salud

y la nutrición como uno de los elementos del programa de desarrollo para el decenio de los noventa. La educación es un componente clave de la inversión en la población. Me he preguntado por qué ha habido un trabajo tan completo sobre el aspecto económico de invertir en la educación y se había hecho tan poco, hasta una fecha relativamente reciente, sobre la inversión en salud. Quizás una de las razones sea la dificultad para efectuar mediciones, que ya mencioné.

No deseo hacer una separación rígida entre las contribuciones de la salud y la educación al crecimiento económico, aunque he citado con frecuencia a Behrman, quien a partir de sus análisis del impacto que tienen las inversiones en recursos humanos sobre los resultados económicos en América Latina confirmaba el efecto substancial de la educación, pero escribió:

...por eso aunque la escolaridad sea el recurso humano que se considera más importante, la esperanza de vida es un mejor indicador del crecimiento económico.

Y agregó:

...para las zonas muy pobres donde no ha ocurrido un cambio tecnológico acelerado, las ganancias de la inversión en salud y nutrición son mayores que las derivadas del aumento de los años de escolaridad.

Es obvio que un aumento en la esperanza de vida deberá facilitar una mayor ganancia sobre las inversiones en educación. Además, hay numerosos estudios sobre el efecto de la salud de los niños, particularmente de su estado nutricional, sobre su capacidad para aprender a medida que crecen. La inversión en educación ocurre en un período relativamente corto de la vida de la persona, mientras que el estado de salud y la capacidad de ser productivo como resultado de la buena salud es algo para toda la vida. La educación aumenta la calidad del capital humano mientras que los insumos de salud mejoran tanto la calidad como la cantidad. Si bien no cabe la menor duda de que es necesaria una buena política tributaria para aumentar el crecimiento económico y reducir la pobreza, esto tal vez no sea suficiente. Las inequidades en el acceso a la tierra y en los componentes del capital humano, tales como educación y salud, son desfavorables a la reducción de la pobreza.

El impacto positivo de la situación de la salud sobre la actividad económica ha quedado demostrado mediante análisis históricos de largo plazo, por medio de estudios microeconómicos relacionados principalmente con la productividad individual y estudios macroeconómicos en los cuales algunos indicadores de la salud de la población están relacionados con su riqueza. No se han realizado estudios históricos de largo plazo para las Américas, pero los estudios clásicos de Fogel para Europa y los Estados Unidos son pertinentes. Calculaba Fogel que:

Hasta 30% del crecimiento en el ingreso per cápita, medido convencionalmente entre 1790 y 1980 en Europa Occidental, puede deberse a la mejora en la salud y la nutrición, pero en los Estados Unidos esta proporción es menor.

Se han hecho varios estudios microeconómicos sobre el efecto de diversos aspectos de los resultados de la salud o del trabajo en las Américas. Strauss y Thomas dan pruebas fehacientes de la relación entre el estado nutricional y los sueldos. En los Estados Unidos los hombres más altos y más pesados ganan más, pero la magnitud de la relación es mucho más

impresionante en el Brasil. La pérdida de ingreso debida a enfermedad también se ha documentado muy bien aquí por medio del método de costo de la enfermedad. Hace 25 años, la OPS auspició un estudio efectuado por Gladys Conley que demostraba las pérdidas económicas debidas a la malaria en Paraguay. También hay otros estudios recientes apoyados por el Banco Interamericano de Desarrollo que muestran los efectos de la enfermedad en la reducción de los ingresos y que, por el contrario, los ingresos aumentaban en los grupos que gozaban de mejor salud. En un estudio muy interesante se mostró que las mujeres que empezaban a menstruar más temprano y eran supuestamente más sanas, terminaban percibiendo mayores ingresos. Los estudios sobre el costo de la enfermedad, relacionados con el SIDA, por ejemplo, muestran el posible impacto negativo sobre el rendimiento económico. Se calcula que para el año 2005, Jamaica y Trinidad y Tobago experimentarán pérdidas mínimas anuales del PIB de 6,4% y 4,2 % si la situación sigue sin control.

Los estudios microeconómicos sobre la salud y el desempeño económico utilizan varias medidas del estado de salud en relación con los resultados del trabajo. Desconozco si hay otro trabajo similar tan detallado sobre el valor económico de la curación o del retorno a la sociedad de quienes sufren alguna enfermedad aguda o crónica. Esto resulta pertinente para evaluar los servicios de salud que prestan atención médica personal, ya que sería posible disminuir las pérdidas económicas al evitar la muerte prematura o reducir la duración y la gravedad de la enfermedad.

Por otro lado, cada vez nos interesamos más en los aspectos macroeconómicos de la salud y el crecimiento económico. Mi propio interés inicial fue estimulado por el trabajo innovador de Mushkin sobre la salud como inversión y más tarde por un estudio de Newman y Thompson sobre crecimiento económico y desarrollo social al que no se le ha prestado la debida atención. Estos autores examinaron 46 países en desarrollo y pudieron mostrar que el índice ampliado de la calidad física de la vida, que combina alfabetización, tasas de mortalidad infantil y esperanza de vida, era un factor determinante causal del crecimiento económico de los países, mientras que la relación inversa no era significativa.

Otro análisis subsiguiente de los datos solamente de América Latina y el Caribe mostró una relación causal definida entre salud y desempeño económico con un período de rezago entre cambios en el estado de salud y cambios en el PIB per cápita. Mayer y sus colaboradores han realizado otros estudios más amplios en países de América Latina y el Caribe. Mostraron de forma convincente que había una correlación positiva entre la salud, medida por la esperanza de vida o según se refleja en el índice años de vida perdidos debido a muerte prematura, y el crecimiento económico.

Un hallazgo interesante fue el de poder demostrar, como hicieron Newman y Thompson, que había una marcada relación causal entre salud y crecimiento, mientras que lo inverso era menos firme. También quedó claro que hay un rezago de 15 a 20 años entre el mejoramiento de la salud y el crecimiento. Esto no es inesperado dada la naturaleza de los insumos en salud. En el caso concreto de México, durante el período de cinco años de aumento en la esperanza de vida, la contribución al crecimiento del ingreso fue de aproximadamente 2% al año. Este es un aumento digno de mención. Por ende, considero que puedo afirmar que la salud, medida por la

esperanza de vida o por otro indicador dominado por la salud, tiene un efecto positivo sobre el futuro crecimiento económico de un país.

En las ciencias sociales, incluida la salud, a diferencia de las ciencias físicas, es virtualmente imposible establecer rutas causales claras, por lo tanto no nos queda más que suponer cuáles son los mecanismos mediante los cuales la salud mejora el desarrollo económico y, a partir de ese análisis, determinar las opciones de política que deben adoptarse.

Se ha comprobado, aunque uno podría aducir que era obvio desde el comienzo, que la gente más sana es más productiva y que por el bien público habría que poner esos bienes públicos que evitan las enfermedades al alcance de todos. La inversión en salud, tal como hemos visto, contribuye a la formación de capital humano aunque esto es muy difícil de cuantificar. Estas inversiones en salud y educación para mejorar la calidad del capital humano son todavía más importantes hoy en día, dado el creciente valor de la información como recurso productivo, siendo el conocimiento el principal de ellos. Los aportes al crecimiento ahora se consideran como endógenos y como contribuyentes directos al crecimiento y no como exógenos como podría haberse supuesto en los modelos neoclásicos de crecimiento.

Las consideraciones sobre la salud también entran en juego en la creación de lo que Bloom y Channing identifican como el dividendo demográfico. La transición demográfica, tal como ocurrió en el Este de Asia, condujo a una situación en la cual la población dependiente y la económicamente activa crecieron a una tasa diferente. Por un período era mayor el número de personas en edad laboral, en comparación con la población dependiente. Esta ventana demográfica ahora está abierta en América Latina y el Caribe, pero podemos decir que se está cerrando con bastante rapidez a medida que el porcentaje de personas mayores aumenta y la tasa de fecundidad baja.

Todavía queda mucho por hacer en este ámbito. Todavía tenemos que saber más acerca de los mecanismos por los cuales ese complejo fenómeno que es la salud produce beneficios económicos tanto a nivel individual como macro. No sabemos cuál es la etapa de la vida en la cual las intervenciones sanitarias producen el máximo efecto. Todavía no estamos seguros de la naturaleza de la aparentemente obvia relación complementaria entre educación y salud para mejorar el capital humano. No sabemos hasta qué punto el estado de salud mismo contribuye a los tipos de comportamiento social que crean riqueza. La interacción de las diferentes variables demográficas sobre la productividad todavía se está estudiando. Nuestros países de las Américas muestran gran diversidad y las vías por las cuales la inversión en salud crea riqueza deben tener cierto grado de especialización por país. No sabemos en qué medida la inversión en salud y la reducción de la carga de enfermedad permitirán a aquellos de nuestros países que son tropicales superar los factores ecológicos que, según Sachs, contribuyen tanto a la pobreza.

Me he concentrado expresamente en los posibles efectos de la salud, en sus muchas dimensiones, sobre el crecimiento económico o los beneficios económicos individuales y no he abordado el posible efecto sobre la salud de los diversos enfoques para estimular el crecimiento económico. ¡No he mencionado la palabra “globalización” ni una sola vez! Pero, vale la pena observar que los países de las Américas que han registrado un crecimiento económico constante, o aun los que han experimentado un crecimiento por rachas, presentan crecientes inequidades en

el ingreso y la tendencia a un aumento del empleo en el sector informal. Actualmente ya está bien establecida la relación entre inequidad en el ingreso y salud, dentro y entre los países. A medida que aumenta la inequidad en el ingreso suben las tasas de mortalidad infantil y la esperanza de vida se reduce, o por lo menos la velocidad del cambio disminuye. El número cada vez mayor de personas que forma parte del sector informal genera dificultades para darles cobertura médica, ya que por definición no están cubiertos por el seguro social y es poco probable que reciban los beneficios de otro seguro médico.

Señor. Presidente, alguien podría preguntar por qué razón la Organización Panamericana de la Salud se interesa tanto por estos asuntos. Creo que es nuestro deber plantear y defender la postura de que vale la pena conservar y mejorar la salud de la gente, porque la salud es buena por derecho propio. Tiene un elemento constituyente, como diría Amartya Sen, en su descripción de las verdaderas libertades entre las cuales incluye a la salud. Pero, además, debemos defender con igual fuerza la necesidad de que la salud desempeñe una función instrumental, en el sentido de que la salud es fundamental para garantizar otras libertades como el desarrollo económico y los derechos humanos. Debe superarse esa etapa en que los organismos de desarrollo eran los que se ocupaban solamente de la libertad creada por los logros económicos. Considero que los organismos relacionados con la salud son también entidades de desarrollo y, a mi modo de ver, no hay contradicción alguna –sino más bien complementariedad entre las funciones constituyente e instrumental de la salud.

La defensa de esta perspectiva debe conducir a proponer opciones de política que mejoren la salud por medio de los enfoques adecuados ya sean preventivos, promocionales y además, de recuperación. Una de las principales dificultades reside en encontrar un equilibrio entre estos, especialmente cuando nuestros países reciben préstamos enormes con la intención de mejorar la salud de la población considerada en su totalidad sin atender las exigencias de los pocos que se hacen escuchar. La inversión en salud debe considerarse como productora de un bien público que contribuye al bienestar económico de nuestros ciudadanos. La naturaleza de esas opciones de política así como la magnitud y la distribución de la riqueza nacional para inversiones en salud, son temas que dejaremos para otra ocasión.