



REUNIÓN ANUAL DE LAS ASAMBLEAS DE GOBERNADORES

FORTALEZA, BRASIL

AB-2183
CII/AB-821
11 marzo 2002
Original: inglés

**PALABRAS DEL DIRECTOR DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
EN LA SEGUNDA SESIÓN PLENARIA**

George A. O. Alleyne

1. En primer término, permítanme agradecer al Presidente Enrique Iglesias por la oportunidad de dirigirme a esta cuadragésima tercera reunión de la Asamblea de Gobernadores del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Deseo tomar la invitación del Presidente como un reconocimiento del centenario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como un reconocimiento del trabajo que hemos realizado en los últimos 100 años y una indicación de la voluntad del Banco Interamericano de Desarrollo de trabajar con nosotros en los próximos 100 años. Este año conmemoramos nuestro centenario, y como la organización internacional de la salud más antigua en el mundo, naturalmente nos enorgullece de cierta manera recordar los logros. Pero más que lo que hemos alcanzado como organización, la fuente de nuestra mayor satisfacción es lo que los países de las Américas han logrado con nuestro apoyo en materia de salud. Sin embargo, más allá de las celebraciones del momento, y las muchas ocasiones durante este año que nuestros estados miembros encontrarán para reflexionar sobre dónde hemos llegado en materia de salud, es momento de reflexionar sobre la inmensa tarea por delante y la necesidad de aliados para llevarla a cabo. De manera que mis palabras a ustedes estarán formuladas en términos de logros, pero lo que es más importante, lo que resta por hacer y la visión que tengo de instituciones como las suyas y la mía que buscan y encuentran puntos en común en el abordaje de estas tareas.

2. Cuando se fundó la OPS en 1902, la principal preocupación sanitaria en las Américas era la propagación de enfermedades infecciosas. Inmigrantes provenientes de Europa traían la fiebre amarilla a los Estados Unidos, y la fiebre amarilla, el cólera y la peste proliferaban en las Américas. Se nos dice que en la segunda mitad del siglo XIX, una epidemia de fiebre amarilla mató aproximadamente 15.000 personas en Buenos Aires solamente, y los Estados Unidos no estuvieron exentos, dado que hubo más de 100.000 casos en el sur de ese país con más de 20.000 fallecimientos. Los países de las Américas

determinaron que sus intereses podían ser servidos mediante el establecimiento de un organismo que tendría a su cargo la recolección y la divulgación de información sobre enfermedades de manera que se pudiera tomar las medidas de protección o cuarentena pertinentes. Para nosotros se trata de una cuestión de orgullo que cuando el tratado formal que estableció nuestra organización se firmó finalmente en 1924, los países vieron sus esfuerzos combinados para compartir información con una visión de inhibir la propagación de enfermedades no solo en términos de la salud humana, sino haciendo hincapié en que el control de dichas enfermedades era importante para el florecimiento de los intercambios y el comercio en las Américas. Uno podría decir que desde el comienzo se nos concibió como un organismo de desarrollo en el sentido que la promoción de los intercambios y el comercio era y continúa siendo clave para el desarrollo económico de nuestros países.

3. Actualmente el panorama de las enfermedades es de cierta manera diferente dado que las iniciativas individuales y colectivas de los países para mejorar la salud pública han rendido sus frutos. Los cambios demográficos en nuestras poblaciones han traído a primera plana enfermedades crónicas y degenerativas como cardiopatías, diabetes mellitus y accidentes cerebrovasculares, que constituyen la causa principal de mortalidad entre los adultos en casi todos los países. El hábito pernicioso del tabaquismo ha traído consigo aumentos en cánceres, en especial del pulmón, y una gran cantidad de otras afecciones. Pero esto no significa que no tenemos que estar preocupados con la propagación de algunas de las enfermedades infecciosas antiguas como la tuberculosis y la malaria, y la aparición de nuevas enfermedades. Las discusiones aquí en el lapso de los últimos días han hecho hincapié en la naturaleza de esa peste de los tiempos modernos, la infección por VIH/SIDA, y su capacidad de causar estragos en las vidas y el bienestar económico de los países de las Américas. Observo con agrado que el BID está adoptando una función dinámica en la asistencia a los países en la lucha contra la infección por VIH/SIDA. Estos cambios demográficos significan también que nuestros pueblos viven más tiempo y todos los países deben considerar el llamado potencial adicional en los servicios de salud y sociales derivado de la necesidad de atender a una población que envejece. Este envejecimiento de la población no es un ámbito que concierne solamente a los países desarrollados. El porcentaje de la población mayor de 60 años es más alto en el Uruguay que en los Estados Unidos, y el Caribe revela uno de los crecimientos más rápidos en el número de personas mayores de edad en el mundo.

4. Pero incluso cuando expresamos nuestra preocupación y buscamos maneras para abordar enfermedades antiguas y nuevas, debemos reconocer el progreso que los países de las Américas han realizado en salud en el último siglo - un progreso que aún continúa. En el decenio de los veinte la tasa de mortalidad infantil en el Brasil era de aproximadamente 160 por 1.000 nacidos vivos, mientras que en la actualidad es levemente inferior a 30 y en descenso. Se trata de una historia que se repite en todas las Américas. Hace 20 años la esperanza de vida al nacer en América Latina y el Caribe era aproximadamente 65 años, en la actualidad alcanza los 70 años.

5. Sin temor a ser triunfalistas podemos citar varios ejemplos de los logros de las Américas en salud. Esta región fue la primera en erradicar la viruela. La erradicación de la poliomielitis, hace 11 años, constituye una proeza de la cual nuestros países están orgullosos con razón y esperamos la erradicación mundial de esta enfermedad que ha lisiado a tantos niños. El BID puede enorgullecerse por su contribución a este esfuerzo loable. Las Américas están próximas a erradicar el sarampión –una enfermedad que produce la muerte de aproximadamente tres cuartos de un millón de niños a nivel mundial anualmente. El año pasado, en todos los países de las Américas sólo se manifestaron 530 casos de sarampión y el origen de un brote tan pequeño se debió a la importación de casos de lugares como Europa, que no ha tenido una trayectoria tan buena como nuestra región. Podría citar muchos otros logros en salud pública como la reducción marcada de la carencia de yodo y vitamina A. Es mayor el número de niños que puede mostrar una sonrisa saludable porque se redujeron las caries dentales gracias a los programas de fluoración. Una vez más, debo reconocer el apoyo del BID en este ámbito de salud bucal, entre otros similares.

6. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar lo que se ha tornado la inquietud principal de todos los organismos que trabajan como nosotros para el desarrollo humano. Esa inquietud se relaciona con la pobreza y sus muchas consecuencias y manifestaciones. Los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) revelan que a pesar de que el porcentaje de personas de escasos recursos es estable, o de hecho ha descendido levemente, los miembros absolutos de los grupos de escasos recursos aumentan, y la estimación es que existen aproximadamente 150 millones de personas en América Latina y el Caribe que viven en condiciones de pobreza. Y sólo me estoy refiriendo a la pobreza en relación con los ingresos sin ampliar la definición para incluir la carencia de algunas de las otras capacidades básicas necesarias para una existencia decente. No se trata de algo nuevo para una audiencia como la presente. Lo que tal vez sea nuevo es que mientras las cifras de reducción de la pobreza son la meta número uno para el desarrollo internacional, unas cuatro de las otras siete metas principales se relacionan con la salud de una u otra manera. Lo que tal vez también sea nuevo para ustedes es el valor que las personas de escasos recursos le asignan a la salud. Esto se traduce claramente en la reveladora serie del Banco sobre las Voces de los Pobres.

7. Se sabe desde hace mucho tiempo que las personas de escasos recursos son menos sanas que las personas con recursos económicos y es prácticamente un canon de fe que un aumento en los ingresos familiares o personales mejorará la salud, pero se entiende completamente la función del mejoramiento de la salud en la reducción de la pobreza. Contamos con muy buenos datos históricos que demuestran que la inversión en salud y nutrición afianza el crecimiento económico. Este fenómeno se pone de manifiesto tanto en estudios macroeconómicos como microeconómicos, algunos de los cuales han sido patrocinados de manera conjunta por la OPS y el BID. Los mecanismos mediante los cuales la inversión en salud resulta en la reducción de la pobreza son complejos. A un nivel muy básico, la inversión en la salud de los jóvenes aumenta su capacidad de aprendizaje y es bastante obvio que una población sana que vive más tiempo logra mayores rendimientos de la inversión en educación. La inversión combinada en salud y

educación produce los recursos humanos que se reconocen son esenciales para el crecimiento económico. Datos óptimos del Brasil y otros países sobre el rendimiento para el mercado laboral de la inversión en salud, muestran que la altura del adulto como indicador de la acumulación de insumos sanitarios al comienzo de la vida se relaciona estrechamente con los ingresos salariales y se observa que esto es independiente del nivel educativo. Se revela que los niños que reciben buenas ingestas calóricas al comienzo de su vida ganan más como adultos que si consumieran dietas con menos calorías.

8. La reducción de enfermedades produce el afianzamiento de la capacidad del lugar particular para atraer inversiones. En el caso de esos países que dependen en gran medida del turismo, es evidente que la salud de las personas y su entorno son factores clave en el atractivo del medio ambiente. El informe reciente de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS), presidida por Jeffrey Sachs, presenta pruebas convincentes sobre el rendimiento económico de la inversión en la salud de la población y la reducción de enfermedades. La comisión sostiene que en los países muy pobres del mundo se necesitarán contribuciones importantes de donantes a fin de que puedan cumplir con los costos mínimos de abordar las enfermedades más prevalentes y devastadoras. Los países de América Latina y el Caribe no se ubican en la categoría de aquellos en los cuales el gasto en salud pública no es suficiente simplemente para sostener un gasto en salud que puede dar respuesta a problemas sanitarios comunes. El problema crítico para nuestros países es la organización del gasto en salud y la orientación de intervenciones críticas y servicios de calidad hacia las personas muy pobres.

9. De esta manera, una de las exigencias que tiene ante sí el sector de la salud es presentar y sustentar el argumento que la inversión en la salud de la población es importante no sólo por buenas razones humanitarias. Es propio hacer frente a la perspectiva de que las poblaciones sufran problemas de salud cuando se entiende claramente los orígenes de esos problemas de salud y se cuenta con la tecnología y las intervenciones para reducir la carga de las enfermedades. Pero nuestra exigencia supera la formulación del argumento que la salud es un bien constitutivo. Debemos demostrar con los datos óptimos que tenemos a nuestro alcance, que la salud de la población es un elemento crítico para el crecimiento económico de la sociedad.

10. La relación entre salud y pobreza en la que continuamos haciendo hincapié no se limita a la función de la salud en la reducción de la pobreza. Las enfermedades pueden hacer que una persona y su familia caigan en la pobreza, y quizá sea necesaria la venta de los bienes productivos de la familia para hacer frente a la enfermedad. Por otra parte, aquellas personas con escaso patrimonio pueden luego determinar que es imposible escapar de la trampa de la pobreza a la cual son llevados por la enfermedad y quizá el costo de su tratamiento.

11. La segunda exigencia que se nos plantea en materia de salud en las Américas, es reducir la desigualdad en materia sanitaria que nos acosa. El mejoramiento en indicadores medios de la salud que revela los avances que hemos realizado oculta las disparidades crasas que nos asuelan. Estas diferencias existen entre y dentro de los países. Estas

diferencias en resultados sanitarios que son evitables e involuntarias, se consideran manifestaciones de desigualdad y deben considerarse injustas desde el punto de vista social. Las tasas de mortalidad infantil han descendido de manera constante en las Américas aunque la relación entre las tasas de mortalidad para los ricos y los pobres ha permanecido prácticamente sin modificaciones en los últimos cuarenta años. La brecha entre las personas económicamente sin problemas y los carenciados se considera en casi todos los indicadores sanitarios. Las diferencias en la condición sanitaria entre grupos dentro de un mismo país han sido una causa de preocupación hace mucho tiempo ya y se ha citado como una fuente posible de disturbios y discordia sociales. Es difícil conciliar esto; en un ámbito tan vital para el bienestar humano no debiera haber diferencias. Es teóricamente posible que las naciones aborden estas diferencias predominantemente al focalizar su atención en grupos carenciados. De esta manera, se puede dar especial atención a la prestación de servicios dirigidos específicamente a los pobres o el segmento rural de una población y datos contundentes demuestran que estos resultan en el mejoramiento claro de la salud de la sociedad en su totalidad.

12. La pregunta más espinosa en términos morales y prácticos surge cuando existen diferencias marcadas entre los países como ocurre en nuestro continente. ¿Debiéramos estar preocupados porque haya una diferencia de cien veces de la tasa de mortalidad materna entre dos países de nuestro continente? ¿Debería ser una inquietud que haya una diferencia de diez veces la tasa de mortalidad infantil como una representación de la atención sanitaria en nuestro continente? Sostengo que el concepto moral o ético detrás de la búsqueda de equidad en salud hace necesario para nosotros demostrar más que una preocupación pasajera por dicha situación. Como una sociedad de naciones preocupadas debemos aceptar cierta responsabilidad por el nivel de diferencias sanitarias evitables que existen entre los países, especialmente cuando contamos con la tecnología para reducir tales diferencias. Considero que la acción para reducir diferencias evitables dentro de un país sobre la base de garantizar o promover la seguridad y la estabilidad nacional puede también justificarse cuando existen diferencias entre los países. La insatisfacción social engendrada por las imágenes sociales de brechas sanitarias y de otra índole social no puede tomarse ligeramente. Nosotros en la OPS nos sentimos tan avergonzados por la situación en Haití, determinante de una tasa de mortalidad materna tan alta, que nos hemos embarcado en un programa focalizado que procura convertir este problema en un punto de partida para ayudar a fortalecer la organización de servicios sanitarios administrados por el Ministerio de Salud.

13. La cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud está dirigida a colaborar con los países en la formulación de políticas y programas y ayudarlos en la creación de los tipos de sistemas de información para facilitar su focalización en las intervenciones de manera adecuada. Nos satisface especialmente observar un examen creciente en nuestros países de la distribución de los indicadores y no simplemente trabajo con promedios que ocultan las desigualdades que pueden tornarse injusticias. Nos complace observar a un número más alto de nuestros países que toma préstamos para programas en salud.

14. Al comenzar mencioné la visión de los puntos en común que pueden identificar nuestras instituciones. Es un placer especial para mí haber firmado hace aproximadamente un año y medio un acuerdo con el Presidente Iglesias y el Banco Mundial a fin de trabajar juntos en una Agenda Compartida para el desarrollo de la salud. Al cabo de un año podemos señalar ámbitos en los cuales la contribución económica de las instituciones financieras se ha aunado a la experiencia técnica de un organismo sanitario especializado en una alianza que es beneficiosa para los países y las instituciones mismas. La OPS pone su experiencia técnica en salud a disposición de los países de América Latina y el Caribe cuando estos países se dirigen al BID para solicitar apoyo financiero en el sector de la salud. Juntos procuramos garantizar que los proyectos sean acertados desde el punto de vista técnico, pero que respondan también a las necesidades que hemos identificado sobre la base del tipo de datos y el análisis que hemos ayudado a los países a realizar durante algún tiempo. Tengo grandes esperanzas que a medida que la salud se considere una parte integral y no una consecuencia del desarrollo humano, y a medida que se comprenda que tenemos una responsabilidad de analizar por detrás de los promedios de indicadores sanitarios para observar el grado en el cual las personas de escasos recursos son carenciadas, existirá una posibilidad creciente de colaboración entre nuestras instituciones.

15. Señor Presidente, hace 226 años Adam Smith inquirió sobre las causas de la riqueza de las naciones. Estas causas son aún objeto de debate y, a pesar de que existe mayor claridad sobre su naturaleza, aun perdura una discusión sobre el peso relativo de una u otra causa. Me complace mencionar que la salud se incluye sin lugar a dudas en estas causas y, en respaldo de lo antes mencionado, observé el año pasado a los Jefes de Gobierno de la CARICOM en el lanzamiento de lo que se convertirá en una declaración hito denominada “La salud de nuestras naciones es el patrimonio de nuestras naciones”, y la puesta en marcha de un conjunto de actividades que dan sustancia a la Declaración.

16. Soy optimista que este ejemplo se difundirá en las Américas y en el próximo siglo de vida de la OPS como un organismo para el desarrollo humano, seremos testigos del mismo tipo de avance en la reducción de la pobreza mediante el desarrollo en salud como lo hemos observado en el transcurso de los últimos 100 años en la reducción de la propagación de enfermedades infecciosas. Me gustaría contar con el apoyo ininterrumpido del BID a fin de lograr este avance.