

La salud en el desarrollo^{*}

Amartya Sen¹

Se me ha pedido que hable sobre el tema de la «salud en el desarrollo». Debo abordar la cuestión — la difícilísima cuestión — de cómo la salud se relaciona con el desarrollo.^a A cierto nivel, la pregunta admite una respuesta sencilla: ciertamente, el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse más o menos universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo. Pero este reconocimiento elemental, por sí mismo, no nos conduce muy lejos. Tenemos que hacernos también muchas otras preguntas. ¿Qué importancia tiene la salud entre los objetivos de desarrollo? ¿Es el mejor medio de promover la salud el proceso general de crecimiento económico que implica un aumento del ingreso nacional real por habitante, o el progreso en materia de salud es una meta que debe separarse del proceso de crecimiento económico considerado en sí mismo? ¿Todas las cosas buenas marchan juntas en el proceso de desarrollo o es preciso hacer elecciones sobre las prioridades que han de escogerse? ¿De qué manera nuestra preocupación por la equidad se refleja en la esfera de la salud y de la atención sanitaria? Tendré que examinar también estas cuestiones.

Ahora bien, para motivar lo que es quizá la cuestión más fundamental, permítaseme comenzar refiriendo una muy vieja conversación entre un hombre y su mujer sobre el tema de ganar dinero. Por supuesto, no es poco común que las parejas discutan la posibilidad de ganar más dinero, pero una conversación sobre este tema, ocurrida alrededor del siglo VIII antes de Cristo, reviste un interés especial. Como se narra en el texto sánscrito *Bṛihadaranyaka Upanishad*, Maitreyee y su marido Yajnavalkya están conversando precisamente sobre este tema. Pero rápidamente pasan a un asunto más importante que los medios de hacerse más rico: ¿en qué medida la riqueza les ayudará a conseguir lo que quieren?^b Maitreyee se pregunta si, suponiendo que «la tierra entera, con todas sus riquezas» llegara a pertenecerle exclusivamente, podría alcanzar la inmortalidad gracias a ello. «No», responde Yajnavalkya, «como la vida de los ricos será tu vida, pero no esperes

alcanzar la inmortalidad por la riqueza». Y Maitreyee pregunta «¿Qué debería hacer con lo que no puede hacerme inmortal?»

Esa pregunta retórica de Maitreyee se ha citado una y otra vez en el contexto de la filosofía religiosa india para ilustrar tanto la naturaleza de la condición humana como las limitaciones del mundo material. Soy demasiado escéptico con los asuntos que no son de este mundo como para dejarme conducir hasta ahí por la frustración de Maitreyee ante el mundo, pero hay otro aspecto de ese diálogo que resulta harto pertinente para entender la economía y la naturaleza del desarrollo. Se refiere a la relación entre los ingresos y lo conseguido con ellos, entre los productos y los medios de producción, entre la riqueza económica y nuestra capacidad para vivir como queríamos. Aunque existe una relación entre la abundancia por una parte y nuestra salud, la longevidad y otros progresos por la otra, esa relación puede ser o no muy importante, y puede incluso depender en gran medida de otras circunstancias. La cuestión no estriba en la posibilidad de vivir eternamente que tanto interesaba a Maitreyee — bendita sea —, sino en la posibilidad de vivir realmente mucho tiempo (sin morir en la flor de la vida) y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia (en lugar de vivir en la miseria y sin libertades), cosas ambas que casi todos nosotros valoramos y deseamos intensamente.

La diferencia entre esas dos perspectivas (esto es, entre un interés exclusivo por la riqueza económica y una perspectiva más amplia atenta al contenido de la vida) constituye un aspecto capital en la conceptualización del desarrollo. Tal como señalaba Aristóteles al comienzo mismo de su *Ética a Nicómaco* (muy en consonancia con el diálogo mantenido por Maitreyee y Yajnavalkya a 5000 kilómetros de distancia): «evidentemente la riqueza no es el bien que estamos buscando, pues es simplemente útil, un medio para obtener otras cosas.»^c

La utilidad de la riqueza radica en las cosas que nos permite hacer: las libertades sustantivas que nos ayuda a conseguir, incluida la libertad de vivir largo tiempo y de vivir bien. Pero esa relación no es ni exclusiva (pues hay otras influencias importantes en nuestra vida aparte de la riqueza) ni uniforme (pues la repercusión de la riqueza en nuestras vidas depende de otras influencias). Es importante reconocer el papel decisivo de la riqueza en las condiciones de vida y la calidad de vida, pero también lo es comprender el carácter condicionado y contingente de esa relación. Una concepción adecuada del desarrollo debe trascender claramente la acumulación de riquezas y

^{*} Discurso inaugural pronunciado ante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de mayo de 1999, y reproducido en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77 (8): 619–623.

¹ Rector del Trinity College, Universidad de Cambridge, Cambridge CB2 1TQ, Inglaterra

^a Al responder a esta cuestión — y cuestiones afines — me he basado en mi próxima obra, *Development as freedom*, que será publicada por Alfred Knopf, Nueva York, en septiembre de 1999. Esta exposición tiene también considerable afinidad con el discurso inaugural (titulado «Economic progress and health») que pronuncié en el Noveno Foro Anual de Salud Pública, celebrado en la London School of Hygiene and Tropical Medicine el 22 de abril de 1999.

^b *Bṛihadaranyaka Upanishad*, II, iv, 2–3.

^c **Aristóteles.** *Ética a Nicómaco*, libro I, sección 5; en la traducción de D. Ross (Oxford University Press, 1980).

el crecimiento del producto nacional bruto y de otras variables relacionadas con los ingresos. Sin ignorar la importancia del crecimiento económico, tenemos que ir mucho más allá.

Es necesario analizar con detalle los fines y los medios del desarrollo para comprender más claramente ese proceso; sencillamente, no es de recibo que nuestro principal objetivo consista sólo en maximizar los ingresos o la riqueza, que es, como señaló Aristóteles, «simplemente útil, un medio para obtener otras cosas». Por la misma razón, el crecimiento económico no debe considerarse un fin en sí mismo. El desarrollo (como he intentando explicar en mi próximo libro, *Development as freedom*) ha de tener como principal objetivo la mejora de nuestras vidas y de las libertades de que disfrutamos. Y una de las libertades más importantes de que podemos gozar es la de no estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad evitables. Es importante comprender el carácter condicionado y contingente de la relación entre la prosperidad económica y la buena salud, pero es igualmente necesario reconocer la importancia decisiva de esa relación (aun cuando condicionada y contingente).

Privación relativa y absoluta de los afroamericanos

Permítanme ilustrar el carácter condicional de esa relación con algunos ejemplos empíricos. Llama la atención que el grado de privación de determinados grupos de países muy ricos es comparable al existente en el llamado «tercer mundo». Por ejemplo, en los Estados Unidos los afroamericanos como grupo no tienen más posibilidades (en realidad tienen menos) de llegar a una edad avanzada que las personas nacidas en las economías, inmensamente más pobres, de China o del Estado indio de Kerala (o en Sri Lanka, Jamaica o Costa Rica). Algunos de los pueblos más pobres del mundo han superado a los afroamericanos desde el punto de vista de la supervivencia.^d

Aunque los ingresos por habitante de los afroamericanos que viven en los Estados Unidos son mucho más bajos que los de la población blanca de ese país, naturalmente también son varias veces superiores a los de la población de China o Kerala (incluso después de introducir las correcciones necesarias en función de las diferencias en el costo de la vida). En este contexto, la comparación de la esperanza de vida de los afroamericanos con la de las poblaciones, mucho más pobres, de China o de Kerala, en la India, reviste especial interés. Entre los afroamericanos, los grupos de menor edad suelen tener mejores perspectivas de supervivencia (especialmente desde el punto de vista de la mortalidad

infantil) que los chinos o los indios, pero el panorama cambia con los años.

Resulta que los hombres chinos y los de Kerala, en la India, viven claramente más que los hombres negros norteamericanos si consideramos la supervivencia de los grupos de mayor edad. Incluso las mujeres afroamericanas acaban presentando una supervivencia semejante a la de las chinas, que son mucho más pobres, a edades avanzadas, y tasas de supervivencia claramente menores que las de los indios de Kerala, que son aún más pobres. Así pues, podemos decir no sólo que los negros norteamericanos sufren una *pobreza relativa* desde el punto de vista de los ingresos por habitante en comparación con los norteamericanos blancos, sino también que sufren una inferioridad *absoluta* respecto a los indios de Kerala de bajos ingresos (mujeres y hombres) y los chinos (en el caso de los hombres) en lo que atañe a la longevidad. Los factores causales de esos contrastes (entre los niveles reflejados por los ingresos por habitante y los reflejados por la capacidad para sobrevivir hasta edades avanzadas) abarcan disposiciones sociales y relaciones comunitarias como la cobertura médica, la atención de salud pública, la educación elemental, el orden público, la prevalencia de la violencia, etc.^e

El contraste al que acabo de referirme considera la población afroamericana en su conjunto, y se trata de un grupo muy amplio. Si, por el contrario, consideramos los afroamericanos de sectores particularmente desvalidos de la comunidad, el contraste resultante es mucho más marcado. El trabajo reciente de Christopher Murray y sus colaboradores muestra las grandes diferencias existentes entre las tasas de supervivencia de la población americana de distintos condados.^f Por ejemplo, si tomamos las poblaciones de varones afroamericanos del distrito de Columbia, o de las ciudades de San Luis, Nueva York o San Francisco, observamos que ya a una edad sorprendentemente temprana se sitúan por detrás de la población china o de Kerala. Ello es así pese al hecho de que, en términos de ingresos por habitante, parámetro en el que suelen centrarse los estudios convencionales del crecimiento y el desarrollo, los afroamericanos son mucho más ricos que las poblaciones pobres con las que se les compara en términos de patrones de supervivencia.

Son ejemplos muy llamativos, pero es correcto señalar también que, en general, la longevidad tiende a aumentar en proporción a los ingresos por habitante. En efecto, es lo que ocurre incluso dentro de los condados estudiados por Christopher Murray y otros. ¿Hay alguna contradicción en ello?

En realidad, no. A igualdad de otros factores, una renta más alta hace al individuo o a la comunidad

^d Estas y otras comparaciones semejantes se analizan en los siguientes artículos: **Sen A.** La vida y la muerte como indicadores económicos. *Investigación y Ciencia*, 202, 1993, y **Sen A.** Demography and welfare economics. *Empirica*, 1995, 22:1–21.

^e Véase: **Sen A.** La vida y la muerte como indicadores económicos. *Investigación y Ciencia*, 202, 1993, así como la documentación médica que allí se cita.

^f **Murray CJL et al.** *US Patterns of mortality by county and race: 1965–1994*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 1998.

más capaz de eludir la mortalidad prematura o la morbilidad evitable. Pero, en general, los demás factores no son iguales. Por consiguiente, los ingresos constituyen un factor de influencia positiva y, sin embargo, dada la variación de otros factores (servicios médicos, atención de salud pública, condiciones de la enseñanza, etc.) muy a menudo la gente más rica tiene vidas mucho más breves y se ve superada por gente más pobre en términos de proporciones de supervivencia. Tan estúpido sería pretender que una renta elevada *no* es un factor que favorece la buena salud y la supervivencia prolongada, como sostener que es el *único* factor que contribuye. Asimismo, por el contrario, una salud y supervivencia mejores contribuyen, en cierta medida, a la capacidad de obtener más ingresos (a igualdad de otros factores), pero también aquí, los demás factores no son iguales.

Desarrollo de la salud mediado por el crecimiento

Quizá valga la pena examinar un poco más la relación entre la salud y la supervivencia, por una parte, y los niveles de ingresos por habitante, por otra, pues en la literatura al respecto abundan a veces las conclusiones engañosas. Se afirma a menudo que los valores de la longevidad y de los ingresos por habitante no son congruentes. Sin embargo, compensando unas cosas con otras, en las comparaciones entre países abundan las pruebas en el sentido de que *a grandes rasgos* los ingresos y la esperanza de vida discurren en paralelo. A partir de esa generalización, algunos comentaristas han sentido la tentación de dar un rápido paso y afirmar que el progreso económico es la verdadera clave para aumentar la salud y la longevidad. En efecto, se ha sostenido que es un error preocuparse por la discordancia entre los logros en materia de ingresos y las probabilidades de supervivencia, puesto que, en general, entre ambos se observa una relación estadística muy estrecha.

¿Es correcto ese argumento estadístico, y sostiene la deducción general que algunos extraen? El argumento de las relaciones estadísticas entre países, examinado de forma aislada, es en efecto correcto, pero hay que analizar más esa relación estadística antes de poder considerarla una base convincente de que los ingresos son el determinante fundamental de la salud y la longevidad y para desdeñar la importancia de las condiciones sociales (yendo más allá de la opulencia basada en los ingresos).

Es interesante, en este contexto, hacer referencia a algunos análisis estadísticos presentados recientemente por Sudhir Anand y Martin Ravallion.⁹ Basándose en las comparaciones entre países, hallan que la esperanza de vida guarda en efecto una

correlación significativamente positiva con el PNB por habitante, pero que esa relación actúa principalmente a través de la repercusión del PNB en 1) los ingresos específicamente de los pobres, y 2) el gasto público en particular en atención de salud. De hecho, cuando en el ejercicio estadístico se incluyen esas dos variables de forma aislada, pocas explicaciones *suplementarias* se obtienen agregando como elemento causal adicional de influencia el PNB por habitante. En efecto, si la pobreza y el gasto público en salud se consideran variables explicativas por sí mismas, parece desvanecerse por completo el vínculo estadístico entre el PNB por habitante y la esperanza de vida.

Es importante subrayar que eso no demuestra que la esperanza de vida no mejore con el aumento del PNB por habitante, pero sí indica que el vínculo tiende a actuar en particular *a través* del gasto público en atención de salud, y *a través* del éxito obtenido en la eliminación de la pobreza. Mucho depende del modo en que se utilicen los frutos del crecimiento económico. Ello también ayuda a explicar por qué algunas economías, como la de Corea del Sur, han logrado elevar la esperanza de vida tan deprisa mediante el crecimiento económico, mientras que otras que han registrado crecimientos económicos similares no han logrado una correspondiente ampliación de la longevidad.

Los logros de las economías del este asiático se han visto sometidos estos últimos años a análisis críticos (y a algunos ataques), debido a la naturaleza y la gravedad de lo que se denomina «crisis económica asiática». La crisis es ciertamente grave y apunta asimismo a fallos particulares de las economías que antes, erróneamente, se consideraban en términos generales exitosas. Sin embargo, sería un grave error desdeñar los grandes logros de las economías del este y el sudeste asiáticos a lo largo de varios decenios, que han transformado radicalmente las vidas y longevidades de los habitantes de esos países. Abordo más profundamente los aspectos positivos y negativos de la experiencia de Asia oriental en mi libro *Development as freedom*, pero no voy a seguir comentándolos aquí.

Por una serie de razones históricas, y también por haber prestado más atención a la educación básica y a la atención de salud básica, así como por la pronta terminación de unas reformas agrarias efectivas, la participación económica amplia fue más fácil de conseguir en muchas de las economías de Asia oriental y sudoriental de una manera que no lo ha sido, por ejemplo, en el Brasil o la India, o en el Pakistán, donde la creación de oportunidades sociales ha avanzado a un ritmo mucho más lento y ha constituido un obstáculo al desarrollo económico.^h El aumento de las oportunidades sociales ha servido para facilitar el desarrollo económico con un alto nivel de empleo y también ha creado circunstancias favorables para reducir las tasas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida en las economías de

⁹ Anand S, Ravallion M. Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services, *Journal of economic perspectives*, 1993, 7: 133–150.

^h Véase: Sen A, Drèze J. *India: economic development and social opportunity*. New Delhi, Oxford University Press, 1995.

Asia oriental y sudoriental. El contraste es marcado con algunos otros países de crecimiento alto, como el Brasil, que han tenido un crecimiento del PNB por habitante casi comparable, pero con un historial de grave desigualdad social, desempleo y descuido de la atención de salud pública. Los logros en materia de longevidad de estas otras economías de alto crecimiento han sido más lentos.

Aquí se observan dos contrastes interesantes, e interrelacionados. El primero es la disparidad entre las diferentes *economías de crecimiento alto*, en particular entre las que *han logrado* un gran éxito en lo referente a aumentar la duración y la calidad de la vida (como la República de Corea) y las que *no han logrado* un éxito comparable en esos campos (como el Brasil). El segundo contraste es entre las *diferentes economías que han cosechado grandes logros* en cuanto al aumento de la duración y la calidad de la vida, en particular el contraste entre las que *han logrado* un crecimiento económico alto (como la República de Corea) y las que *no lo han logrado* (como Sri Lanka, China antes de la reforma y el Estado de Kerala en la India).

Ya he comentado el primer contraste (entre, por ejemplo, la República de Corea y el Brasil), pero el segundo contraste también merece que se le preste atención en lo que concierne al establecimiento de políticas. En nuestro libro *Hunger and public action*, Jean Drèze y yo hicimos una distinción entre dos tipos de éxitos en lo que respecta a la rápida reducción de la mortalidad, que llamamos respectivamente procesos «mediados por el crecimiento» y procesos «impulsados por el apoyo».ⁱ El primer proceso actúa *por conducto* de un crecimiento económico rápido y su éxito depende de que el proceso de crecimiento tenga una extensa base y sea económicamente amplio (una marcada orientación hacia el empleo tiene mucho que ver con ello), y también de que la mayor prosperidad económica sirva para aumentar los servicios sociales pertinentes, entre ellos la atención sanitaria, la educación y la seguridad social. En contraste con el mecanismo de «mediación por el crecimiento», el proceso «impulsado por el apoyo» no avanza por el cauce del crecimiento económico rápido sino mediante un programa de apoyo social inteligente en materia de atención de salud, educación y otras medidas sociales pertinentes. Un buen ejemplo de este proceso lo ofrecen las experiencias de economías tales como, China antes de la reforma, Costa Rica, Sri Lanka o el Estado de Kerala de la India, que han registrado una reducción muy rápida de las tasas de mortalidad y una mejora de las condiciones de vida, sin un crecimiento económico notable.

Prestación de servicios públicos, bajos ingresos y costos relativos

El proceso «impulsado por el apoyo» no va en pos de aumentos espectaculares en los niveles de ingresos

reales por habitante y se centra en dar prioridad a la prestación de servicios sociales (en particular atención de salud y educación básica) que reducen la mortalidad y aumentan la calidad de la vida. En una comparación que ya he comentado en otra parte, podemos, para ilustrar esto, considerar el producto nacional bruto (PNB) por habitante y la esperanza de vida al nacer de seis países (Brasil, China, Gabón, Namibia, Sudáfrica y Sri Lanka) y de un estado muy grande (Kerala), con 30 millones de habitantes, dentro de un país (la India). Pese a unos niveles de ingresos muy bajos, la población de Kerala, de China o de Sri Lanka goza de una esperanza de vida enormemente más alta que las poblaciones mucho más ricas del Brasil, Namibia y Sudáfrica, y no digamos del Gabón. Incluso la *dirección* de la desigualdad va en sentido opuesto cuando comparamos China, Kerala y Sri Lanka con el Brasil, el Gabón, Namibia y Sudáfrica. Como las variaciones de la esperanza de vida guardan relación con diversas oportunidades sociales que ocupan un lugar central en el desarrollo (como son las políticas en materia epidemiológica, la atención sanitaria, los servicios educacionales, etc), un enfoque centrado en los ingresos necesita absolutamente un complemento para adquirir una comprensión más plena del proceso de desarrollo.^j Esos contrastes tienen que ver directamente con las políticas y ponen de relieve la importancia del proceso «impulsado por el apoyo».^k

La población de los países pobres se halla, naturalmente, en una situación de desventaja persistente por una serie de trabas; el panorama está lleno de adversidades. Sin embargo, cuando se trata de la salud y la supervivencia, quizá nada revista una importancia tan inmediata en numerosos países pobres del mundo actual como la falta de servicios médicos y de asistencia sanitaria. La naturaleza y el alcance de la privación generalizada de servicios biomédicos han sido expuestos de manera muy elocuente por Paul Farmer en su reciente estudio titulado *Infections and inequalities: the modern plagues*.^l Las deficiencias se aplican a enfermedades perfectamente tratables (como el cólera, el paludismo, etc.) así como a afecciones más problemáticas (por ejemplo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la tuberculosis farmacorresistente). Pero en cada caso puede producirse un cambio importante si existe la determinación pública de poner remedio a esas privaciones.

ⁱ Véase: **Sen A.** «From income inequality to economic inequality», conferencia pronunciada en la Southern Economic Association (publicada en *Southern economic journal*, 1997, **64**: 383–401); y «Mortality as an indicator of economic success and failure», primera Conferencia Innocenti en el UNICEF, Florencia, 1995 (publicada en *Economic journal*, 1998, **108**: 1–25).

^k Véase también: **Easterlin RA et al.** *How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality*, documento mimeografiado, Universidad de Carolina del Sur, 1997.

^l **Farmer P.** *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley, CA, University of California Press, 1998.

^j **Drèze J, Sen A.** *Hunger and public action*. Oxford, Clarendon Press, 1989 (véase en particular el capítulo 10).

Los aspectos económicos y políticos de la atención sanitaria

Quizá sorprenda que hable de la posibilidad de financiar procesos «impulsados por el apoyo» en los países pobres, pues ciertamente se necesitan recursos para ampliar los servicios públicos, en particular la atención de salud y la educación. Si se hacen cuentas de modo realista, la necesidad de recursos es innegable, pero se trata también de llegar a un equilibrio entre los costos y los beneficios previsibles en términos humanos. Esto no está realmente reñido con la prudencia financiera. De hecho, lo que verdaderamente debería verse amenazado por el conservadurismo financiero es la utilización de recursos públicos para fines cuyo logro apenas reportaría claros beneficios sociales, como sucede con las cuantiosas sumas que actualmente dedican, uno tras otro, los países pobres a financiar su ejército (a menudo muy superiores al gasto público en educación básica o atención de salud). Es indicación de que vivimos en un mundo al revés el hecho de que el médico, el maestro de escuela o la enfermera se sientan más amenazados por el conservadurismo financiero que un general del ejército. Para subsanar esta anomalía es preciso no ya penalizar la prudencia financiera, sino tener más plenamente en cuenta los costos y los beneficios de las distintas opciones.

Esta importante cuestión tiene que ver también con dos aspectos primordiales de la vida social, en particular el reconocimiento del papel de una política abierta a la participación de todos y la necesidad de examinar los argumentos económicos con imparcialidad. Si en la asignación de los recursos se da sistemáticamente prioridad a los armamentos frente a la salud y la educación, el remedio sólo podrá venir de un debate público debidamente documentado sobre estas cuestiones y, en definitiva, de la participación del público en la búsqueda de mejores oportunidades de satisfacer las necesidades básicas para vivir bien, no para matar eficientemente. Quizás nada sea tan importante para asignar recursos al sector de la salud como un debate público bien documentado y la disponibilidad de medios democráticos, para poder incorporar las enseñanzas resultantes de una comprensión más cabal de las diversas opciones que se ofrecen al ciudadano.

La segunda cuestión tiene que ver con la necesidad de un minucioso examen económico. Es en particular importante ver lo falsamente económico que es el argumento con frecuencia esgrimido contra la opción consistente en concentrarse ya desde el principio en la atención sanitaria. Con frecuencia se aduce la falta de recursos para *aplazar* inversiones socialmente importantes hasta que el país sea más rico. ¿Dónde (por aludir a la famosa pregunta retórica) van a hallar los países pobres los medios necesarios para «apoyar» esos servicios? Es realmente una buena pregunta, pero también tiene una buena respuesta, que se basa mucho en el principio de los costos relativos. La viabilidad de ese proceso «impulsado por el apoyo» depende del hecho de

que los servicios sociales en cuestión (como son la atención de salud y la educación básica) requieren *gran densidad de mano de obra* y, por lo tanto, son relativamente poco costosos en las economías pobres, donde los salarios son bajos. Una economía pobre quizás *tenga* menos dinero para gastar en atención de salud y en educación, pero también *necesita* gastar menos dinero para proporcionar los mismos servicios, que costarían mucho más en los países más ricos. Los precios y los costos relativos son parámetros importantes a la hora de determinar lo que un país puede permitirse. Cuando hay un compromiso social adecuado, es particularmente importante tener en cuenta la variabilidad de los costos relativos para los servicios sociales de salud y educación.^m

Observación final

¿Cuáles son, pues, las conclusiones que cabe sacar de estos análisis elementales? ¿Cómo se relaciona la salud con el desarrollo? Hay que señalar, en primer lugar, que el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. Quienes preguntan si una mejor salud es buen «instrumento» del desarrollo ignoran quizá el elemento de diagnóstico más fundamental: que la salud forma *parte integrante* de un buen desarrollo. La justificación de la asistencia sanitaria no tiene que probarse instrumentalmente, es decir tratando de mostrar que la buena salud también puede contribuir a un aumento del crecimiento económico.

En segundo lugar, siendo iguales los demás factores, la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá obtener ingresos más fácilmente, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana.

En tercer lugar, cuando no son iguales «los demás factores», el mejoramiento de la salud puede favorecerse mediante diversas medidas, incluidas las políticas públicas (como es la prestación de servicios epidemiológicos y de asistencia médica).

Si bien el progreso económico y el logro de la salud parecen estar directamente relacionados entre sí, esta relación se debilita como consecuencia de varios factores de política. Mucho depende de la manera de utilizar los ingresos adicionales generados por el crecimiento económico, en particular de si se utilizan para ampliar adecuadamente los servicios públicos y para reducir la carga de pobreza. El mejoramiento de los logros sanitarios mediado por el crecimiento es mucho más que una mera expansión del ritmo de crecimiento económico.

En cuarto lugar, incluso cuando la economía es pobre, pueden conseguirse importantes mejoras

^m Véase: Drèze J, Sen A. *Hunger and public action*. Oxford, Clarendon Press, 1989.

sanitarias utilizando los recursos disponibles de una manera socialmente productiva. Es sumamente importante, en este contexto, prestar atención a las consideraciones económicas inherentes a los costos relativos del tratamiento médico y de la prestación de asistencia sanitaria. Como quiera que esta prestación es un proceso que requiere gran intensidad de mano de obra, las economías de bajos salarios obtienen una ventaja relativa dando una *mayor* — no *menor* — prioridad a la atención de salud.

Por último, la cuestión relativa a la asignación social de los recursos económicos no puede disociarse del papel que desempeña la política basada en la participación y de la importancia de un debate público bien documentado. El conservadurismo financiero debería ser una pesadilla para el militarista,

no para el médico, ni para el maestro de escuela, ni para la enfermera de hospital. Si el médico o el maestro de escuela o la enfermera se sienten más amenazados que el dirigente militar por las consideraciones de recursos, la culpa de ello tendrán que echárnosla, al menos en parte, a nosotros, al público, por dejar que el militarista consiga imponer sus extravagantes prioridades.

Diré para terminar que nada es tan importante como un debate público debidamente documentado y la participación de la gente para presionar a favor de unos cambios que pueden proteger nuestras vidas y libertades. El público debe considerarse a sí mismo no sólo como paciente, sino también como actor del cambio. La pasividad y la apatía pueden ser sancionadas con la enfermedad y la muerte. ■